

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD Prof. Dr. W. Z JOHANNES KUPANG
TANGGAL 23 JUNI – 24 JUNI 2017



OLEH

TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
2017

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN
RSUD Prof. Dr. W. Z JOHANNES KUPANG
TANGGAL 23 JUNI – 24 JUNI 2017

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Persyaratan Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



OLEH

TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
2017

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini di ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang Tanggal 23-24 Juni 2017” ini merupakan hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan orang lain untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan.

Kupang, September 2017

Yang menyatakan



TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
142.111.035

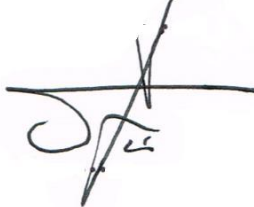
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN RSUD. PROF. WZ. JOHANNES KUPANG TANGGAL 23 S/D 24 JUNI 2017 ”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Studi Kasus mahasiswa atas nama : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza , NIM : 142 111 035 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, September 2017

Menyetujui

Pembimbing I



Florentianus Tat, S.Kp. M.Kes

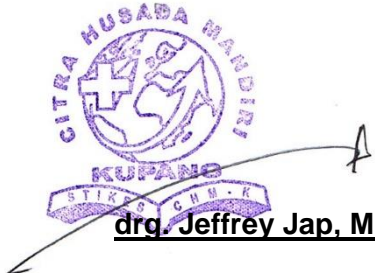
Pembimbing II



Gaudentiana R. Mauk, SST

Mengetahui

Ketua
STIKes CHM - K



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi DIII Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini Di Ruangan Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang Tanggal 23-24 Juni 2017”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza NIM: 142 111 035 Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim pengujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal September 2017

Kupang, September 2017

Panitia Penguji

Ketua : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

.....

Anggota : 1. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes

.....

2. Gaudentiana R. Mauk, SST

.....


Mengetahui

Ketua

Ketua

STIKes CHM-Kupang

Prodi D III Kebidanan


drg. Jeffrey Jap, M.Kes


Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza

Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 09 Desember 1994

Agama : Islam

Alamat : Asrama TNI-AD Kuanino, Rt/Rw : 24/06 Kec.
Kota Raja, Kota Kupang – Nusa Tenggara
Timur

Pendidikan :

1. SD Negeri Kemantren 1 (2001-2007)
2. SMP Negeri 1 Tulangan (2007-2010)
3. SMA Negeri 4 Sidoarjo (2010-2013)
4. STIKes CHM-Kupang (2014-2017)

MOTTO

“Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan Do’a, karena sesungguhnya nasib seorang manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha, maka Mulailah dengan Keyakinan, Menjalani dengan Keikhlasan, dan Menyelesaikan dengan penuh Kebahagiaan”

“ Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum sampai kaum itu sendiri yang mengubah nasib atau keadaan yang ada pada dirinya

(QS. Ar-Ra’d : 11) ”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Tiada yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang selain Engkau Allah SWT, Syukur Alhamdulillah berkat rahmat dan karunia-Mu, saya bisa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Dengan ini kupersembahkan Laporan Tugas Akhir ini untuk:

1. Kedua orang tuaku tercinta, Papa Hadi Setejo (Alm) dan mama Siti Sutatik (Alm), terimakasih atas limpahan kasih sayang semasa hidupnya dan memberikan rasa rindu yang berarti.
2. Kakak saya tercinta Rizal Idjra'l beserta istrinya Lina Purnamawati selaku orang tua saya, yang memberi kasih sayang, dukungan dan doanya sehingga saya berhasil menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Semua dosen-dosenku, yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, terlebih khusus buat kedua dosen pembimbing yang kubanggakan, Bapak Florentianus, S.Kp., M.Kes dan Ibu Gaudentiana R. Mauk, STT, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang telah kalian berikan sangatlah bermanfaat untukku.
4. Terima kasih untuk Kak Fendy Supit, yang selalu memberikan semangat dan dukungannya untukku, siap menampung keluh kesahku, dan tempat berbagi suka maupun duka, terima kasih untuk semua doa – doamu.
5. Teman-teman almamaterku dan teman-teman seperjuanganku angkatan VII di kampus CHM-K yang tak bisa aku sebutkan satu persatu, terimakasih karena kalian selalu siap menampung air mata, tawaku, tempat sharing dan makasih atas semua motivasinya.
6. Almamaterku tercinta STIKes CHM-K, saya bangga menjadi angkatan VII (2014), dan saya siap melangkah lebih tinggi.

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan D-III Kebidanan
Studi Kasus, September 2017

“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANGAN BERSALIN RSUD PROF. DR. W. Z JOHANNES KUPANG TANGGAL 23 - 24 JUNI 2017”

Latar Belakang : Air ketuban merupakan salah satu hal yang sangat penting bagi kehidupan janin dalam kandungan. Kekurangan ataupun kelebihan air ketuban sangat mempengaruhi keadaan janin. Oleh karena itu penting untuk mengetahui keadaan air ketuban demi keselamatan janin. Namun dalam kehamilan kadang kala terjadi pecah ketuban sebelum waktunya atau yang sering disebut dengan ketuban pecah dini. Berdasarkan data yang didapat di ruang bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang tahun 2016 jumlah kasus ketuban pecah dini sebanyak 119 pasien. Penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah ketuban pecah dini sangat diperlukan terutama pada kehamilan aterm.

Tujuan: Agar penulis mampu mengembangkan pola pikir ilmiah dalam melaksanakan asuhan kebidanan dengan masalah kebidanan Ketuban Pecah Dini dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan di RSUD Prof Dr. W. Z Johannes Kupang.

Metode: Jenis penelitian kualitatif, populasi pada penelitian ini adalah semua ibu dengan Ketuban Pecah Dini dan sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Dr. W. Z Johannes Kupang.

Hasil Penelitian: Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. F. T Intrapartal Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini menggunakan 7 langkah Varney. Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, HIS 1-2kali dalam 10 menit lamanya 25-30 detik, DJJ (+) 136 kali/menit, dan pemeriksaan dalam hasilnya pembukaan 3 cm, kantong ketuban negatif. Untuk mencegah terjadinya masalah potensial ibu dianjurkan untuk tirah baring dan melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG dengan hasil : beri antibiotik Cefotaxim 3x1 gram/IV, lakukan pemasangan infus Ringer Laktat 500cc Drip Oksitosin 5 UI dimulai 8 tetes/menit, naikan 4 tetes/menit tiap 15 menit, maksimal 40 tetes/menit dengan pemantauan DJJ dan HIS. Pada tanggal 23 Juni 2017 pukul 18.30 wita dilakukan pertolongan persalinan 60 langkah APN, pada pukul 18.45 wita bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot baik, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan. Hasil pengukuran antropometri BB: 3.000 gram, PB: 48 cm, LK: 34 cm, LD: 35 cm, LP:32cm.

Simpulan: Pada tanggal 24 Juni 2017 pukul 10.00 wita keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital bayi dalam batas normal. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan visite dokter ibu dan bayi diperbolehkan pulang.

Kata Kunci :Ketuban Pecah Dini. Primigravida

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN RSUD Prof. Dr. W. Z JOHANNES KUPANG TANGGAL 23-24 JUNI 2017”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan maksud untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada bapak Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes selaku pembimbing I yang telah bersedia membimbing peneliti hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, kepada ibu Gaudentiana R. Mauk, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing peneliti hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, kepada Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes selaku ketua penguji yang telah bersedia menguji peneliti, serta mengucapkan Terima Kasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memperkenalkan saya untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan saya menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan, yang telah mengizinkan saya menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Uria Oematan, SST selaku Kepala Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, yang telah bersedia memberikan ijin kepada penulis dalam pengambilan data dan studi kasus.
5. Seluruh dosen dan staff prodi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
6. Perpustakaan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah menyediakan literatur yang penulis perlukan.

7. Ny. F. T dan keluarga yang telah bersedia menjadi pasien dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kakak Rizal Idjra'i selaku kakak sekaligus orang tua untuk saya yang selalu memberi motivasi, doa dan dukungan berupa materi sehingga karya tulis ilmiah ini berjalan dengan baik.
9. Teman seangkatan dan sahabat-sahabat tersayang Ariance, Fatin, Neli, Stella, Sari yang selalu memberikan dukungan, saran, motivasi dan membantu dalam mengerjakan sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Semua pihak yang dengan caranya masing-masing telah turut serta membantu terselesainya penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas budi akan kebaikan semua pihak yang telah member kesempatan dan dukungan. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis membuka saran demi kemajuan dan kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi tenaga kesehatan lain pada khususnya.

Kupang, September 2017

Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	v
BIODATA PENULIS.....	vi
MOTTO.....	vii
PERSEMBAHAN	viii
ABSTRAK.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
1.5 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini (KPD)	8
2.2 Induksi Persalinan.....	23
2.4 Konsep Manajemen Kebidanan pada KPD.....	26

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	43
3.2	Populasi, Sampel, Sampling	44
3.3	Kerangka Kerja.....	45
3.4	Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	46
3.5	Etika Penelitian.....	48

BAB IV HASIL & PEMBAHASAN

4.1	Hasil Penelitian.....	49
4.2	Pembahasan	57

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan.....	66
5.2	Saran.....	67

DAFTAR PUSTAKA.....	68
---------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 2.1 Pathway Ketuban Pecah Dini.....	23
	Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pengantar

Lampiran 2 Surat Selesai

Lampiran 3 Permohonan Responden

Lampiran 4 Persetujuan Responden

Lampiran 5 ASKEB

Lampiran 6 Partograf

Lampiran 7 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Air ketuban merupakan salah satu hal yang sangat penting bagi kehidupan janin dalam kandungan. Kekurangan ataupun kelebihan air ketuban sangat mempengaruhi keadaan janin. Oleh karena itu penting untuk mengetahui keadaan air ketuban demi keselamatan janin. Namun dalam kehamilan kadang kala terjadi pecah ketuban sebelum waktunya atau yang sering disebut dengan ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi sampai sepsis yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Sarwono, 2008).

Insidensi ketuban pecah dini terjadi 10% pada kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-9%, sedangkan pada kehamilan preterm insidensinya 2% dari semua kehamilan. Hampir semua ketuban pecah dini pada kehamilan preterm akan lahir sebelum aterm atau persalinan akan terjadi dalam satu minggu setelah selaput ketuban pecah, 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan cukup bulan, sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas, ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insidensi 30-40% (Sualman, 2009). Berdasarkan data yang didapat di ruang bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang tahun

2016 jumlah kasus ketuban pecah dini sebanyak 119 pasien. Penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah ketuban pecah dini sangat diperlukan terutama pada kehamilan aterm.

Ketuban pecah dini disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau oleh kedua faktor tersebut. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Selain itu ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri. Penyebab dari KPD tidak atau masih belum diketahui secara jelas, maka usaha preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi. Faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insidensi KPD yaitu fisiologi selaput amnion, inkompetensi serviks, infeksi vagina/serviks, kehamilan ganda, polihidramnion, trauma, distensi uteri, stress maternal, stress fetal, infeksi, serviks yang pendek, serta prosedur medis (Rahmawati, 2011).

Winkjosastro (2006) dalam bukunya mengatakan penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada umur kehamilan dan tanda infeksi intrauterine. Pada umumnya lebih baik untuk membawa semua pasien dengan ketuban pecah dini ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang usia gestasinya >37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk memperkecil resiko infeksi intrauterine.

Dampak dari terjadinya ketuban pecah dini yaitu dapat mengakibatkan infeksi, partus preterm atau partus premature, prolaps tali pusat, dan distosia atau partus kering (Sukarni, 2013). Persalinan dengan ketuban pecah dini sering dijumpai pada kehamilan multipel, infeksi, kelainan letak janin, oleh sebab itu persalinan dengan ketuban pecah dini memerlukan

pengawasan dan perhatian secara teratur diharapkan kerja sama antara keluarga ibu dan penolong persalinan (bidan atau dokter). Dengan demikian akan menurunkan atau memperkecil resiko kematian ibu dan bayinya. Selain itu, pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai, salah satu upaya yang dilakukan oleh bidan untuk mencegah terjadinya KPD adalah dengan memotivasi ibu hamil agar rutin melakukan kunjungan ANC, dengan begitu bidan dapat melakukan deteksi dini terhadap tanda – tanda bahaya dalam kehamilan. Sedangkan menurut (Depkes RI, 2009) menggunakan standar 10 T dalam pelayanan kebidanan untuk menetapkan standar pelayanan dalam Antenatal Care (ANC) adalah untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin (Rohani, 2011).

Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaannya paling dekat dengan ibu mempunyai peran penting dalam mengatasi masalah melalui asuhan kebidanan. Dalam melaksanakan asuhan kebidanan dituntut memiliki wawasan yang luas, terampil dan sikap profesional. Tindakan yang kurang tepat dapat menimbulkan komplikasi. Berdasarkan data yang didapat dan masih banyaknya persalinan dengan ketuban pecah dini penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DI RUANG BERSALIN RSUD PROF DR. W.Z JOHANNES KUPANG”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah pada studi kasus “Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Ny. F. T Intrapartal Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini di Ruang Bersalin RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Agar penulis mampu mengembangkan pola pikir ilmiah dalam melaksanakan asuhan kebidanan dengan masalah kebidanan Ketuban Pecah Dini dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan studi kasus ini peneliti mampu:

1. Melakukan pengkajian data dasar pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Melakukan analisa data menentukan diagnosa masalah pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Menentukan masalah potensial pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Melakukan tindakan segera pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.

5. Merencanakan tindakan pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
6. Melaksanakan tindakan yang telah direncanakan pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.
7. Melakukan evaluasi terhadap asuhan pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Peneliti dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman secara langsung sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama di akademik, serta menambah wawasan dalam penerapan proses manajemen Asuhan Kebidanan persalinan dengan ketuban pecah dini.

2. Bagi tenaga kesehatan/rumah sakit

Dapat menambah wawasan bagi tenaga kesehatan, sehingga dapat menjadibahkan masukan dalam memberikan pelayanan kesehatan agar lebih memperlihatkan kondisi Biopsikososial spiritual khususnya pada ibu inpartu dengan Ketuban Pecah Dini.

3. Bagi institusi pendidikan

Menambah ilmu pengetahuan tentang Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu intrapartal dengan Ketuban Pecah Dini.

4. Bagi profesi

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam Asuhan Kebidanan dengan Ketuban Pecah Dini.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan laporan ini berdasarkan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang Masalah
- 1.2 Rumusan Masalah
- 1.3 Tujuan
- 1.4 Manfaat Penelitian
- 1.5 Sistematika Penulisan

BAB II TINJAUAN TEORI

- 2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini
- 2.2 Pathway Ketuban Pecah Dini
- 2.3 Induksi Pesalinan
- 2.4 Konsep Manajemen Kebidanan

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

- 3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian
- 3.2 Populasi, Sampel, Sampling
- 3.3 Kerangka Kerja
- 3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data
- 3.5 Etika Penelitian

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

- 4.1 Pengkajian
- 4.2 Analisa masalah dan Diagnosa
- 4.3 Antisipasi Masalah Potensial
- 4.4 Tindakan Segera
- 4.5 Perencanaan
- 4.6 Pelaksanaan
- 4.7 Evaluasi

BAB V PENUTUP

- 5.1 Kesimpulan
- 5.2 Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.1.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan / sebelum inpartu pada pembukaan kurang dari 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2010).

Ketuban pecah dini adalah keadaan dimana selaput ketuban pecah pada kehamilan yang telah viable dan 6 jam setelah itu tidak diikuti dengan terjadinya persalinan (Achadiat, 2004).

Pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan mutipara kurang dari 5 cm (Prawirohardjo, 2008).

Ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari jalan lahir / vagina sebelum proses persalinan (Rahmawati, 2010).

Menurut Sujiyatini (2009) ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini preterm adalah ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu. Ketuban pecah dini yang memanjang adalah ketuban pecah dini yang terjadi lebih dari 6 jam sebelum waktunya melahirkan.

Dari pengertian di atas menurut beberapa ahli, penulis dapat menyimpulkan semua KPD itu sendiri adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya atau sebelum terdapat tanda – tanda persalinan yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan atau kurang bulan.

2.1.2 Etiologi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Penyebab ketuban pecah dini menurut Nugroho (2010), masih belum di ketahui dan tidak dapat di tentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor –faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah :

1. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun ascenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

2. Inkompetensi serviks (leher rahim)

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot - otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka di tengah - tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti

dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Manuaba, 2002).

3. Peninggian tekanan intrauterin

Tekanan intrauterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

Misalnya :

- a. Trauma : Hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis
 - b. Gemelli : Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifudin, 2002).
 - c. Makrosomia : berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrane menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah (Winkjosastro, 2006).
- ### 4. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagaian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagaian bawah.

5. Faktor lain :

- a. Faktor golongan darah, akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan kulit ketuban.
- b. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu
- c. Faktor multigravitas, merokok dan perdarahan antepartum
- d. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

Beberapa faktor resiko dari ketuban pecah dini adalah :

- 1) Inkompotensi serviks (Leher Rahim)
- 2) Polihidramnion (Cairan Ketuban Berlebihan)
- 3) Riwayat ketuban pecah ini sebelumnya
- 4) Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- 5) Kehamilan kembar
- 6) Trauma
- 7) Serviks (Leher Rahim) yang pendek (< 25 mm) pada usia kehamilan 23 minggu, infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis (Sujiyatini, 2009).

2.1.3 Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Sujiyatini (2009), tanda dan gejala pada ketuban pecah dini adalah:

1. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
2. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut menetes, dengan ciri pucat bergaris warna darah.

3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila Anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.
4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.

2.1.4 Proses Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Achadiat (2004) manifestasi ketuban pecah dini adalah:

1. Keluar air ketuban warna keruh, jernih, kuning, hijau, atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak.
2. Dapat disertai demam bila sudah terjadi infeksi
3. Janin mudah diraba
4. Pada pemeriksaan dalam selaput ketuban sudah tidak ada, air ketuban sudah kering
5. Inspekulo : tampak air ketuban mengalir atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering
6. Usia kehamilan viable (>20minggu)
7. Bunyi jantung bisa tetap normal

2.1.5 Diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Sujiyantini (2009), menegaskan diagnosa ketuban pecah dini secara tepat sangat penting. Karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya belum ada indikasinya. Sebaiknya diagnosa yang negative palsu berarti akan membiarkan ibu

dan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu, diperlukan diagnosa yang cepat dan tepat. Diagnosa ketuban pecah dini ditegakkan dengan cara:

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba – tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah (Sujiyatini, 2009).

2. Inpeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan vagina, dan ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3. Pemeriksaan dengan spekulum

Pemeriksaan dengan spekulum pada ketuban pecah dini akan tampak keluarnya cairan dari orifisum uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri di tekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuvover valsava, atau bagaian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam. Jari pemeriksaan akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal.

Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau ketuban pecah dini yang sudah dalam vagina hanya dilakukan kalau ketuban pecah dini yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Sujiyatini, 2009)

4. Pemeriksaan penunjang

Menurut Sujiyatini dkk 2009, pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus ibu hamil dengan ketuban pecah dini adalah:

1. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna, konsentrasi, bau, dan PHnya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil PH: 4 – 5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.

Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. PH air ketuban 7 – 7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.

Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan di biarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

2. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering

terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. Walaupun pendekatan didiagnosis Ketuban pecah dini cukup macam dan caranya, namun pada umumnya Ketuban pecah dini sudah biasanya terdiagnosis dengan anamesa dan pemeriksaan sederhana.

2.1.6 Komplikasi Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Sujiyatini (2009), komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan, yang terjadi pada 10 – 40% bayi baru lahir. Resiko infeksi yang meningkat pada kejadian ketuban pecah dini. Semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini premature sebaiknya di evaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis (radang pada korion dan amnion). Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat dapat terjadi pada ketuban pecah dini.

Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm. Hipoplasi paru merupakan komplikasi fetal yang terjadi pada ketuban pecah dini preterm. Kejadiannya mencapai hampir 100% apabila ketuban pecah dini preterm ini terjadi pada kehamilan kurang dari 23 minggu.

1. Infeksi intrauterine
2. Tali pusat menumbung
3. Prematuritas
4. Distosia

2.1.7 Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Sujiyatini (2009), ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan yang beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola ketuban pecah dini akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan ketuban pecah dini masih dilema masih beberapa masalah yang masih belum terjawab. Kasus ketuban pecah dini yang cukup bulan, kalau segera mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan akan menaikkan insidensi chorioamnionitis.

Kasus ketuban pecah dini yang kurang bulan kalau menempuh cara – cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS (Respiratory Distress Syndrom). Dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk member waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan ketuban pecah dini tergantung pada umur kehamilan tidak di ketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada ketuban pecah dini dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu di evaluasi secara hati –hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 35 minggu atau lebih biasanya paru – paru sudah matang chorioamnionitis yang di ikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas pada janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan

lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil 2 faktor yang harus di pertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita ketuban pecah dini yaitu umur kehamilan dan ada tidaknya tanda – tanda infeksi pada ibu.

1. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm (> 37 minggu).

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dan durasi ketuban pecah dini keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari ketuban pecah dini. Jarak anatar pecahnya ketuban dan permulaannya persalinan disebut periode laten = L.P="lag" periode. Makin muda umur kehamilan makin memanjang L.P- nya. Pada hakekatnya kulit ketuban yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya. Sekitar 70 – 80% kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kuit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda – tanda persalinan maka dilakukan induksi persalinan. Dan bila gagal di lakukan bedah Caesar.

Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotik tidak bermanfaat terhadap janin dalam uterus namun pecegahan terhadap chorioamnionitis lebih peting daripada pengobatannya sehingga pemberi antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis ketuban pecah dini di tegakkan

dengan pertimbangan: tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam, kemungkinan infeksi telah terjadi proses persalinan umumnya terjadi proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau di tunggu sampai 6 jam- 8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten durasi ketuban pecah dini dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Induksi dilakukan dengan memperhatikan bishop score jika >5 induksi dapat dilakukan, sebaliknya <5 , dilakukan pematangan serviks, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan section sesaria.

2. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm (<37 minggu)

Pada kasus – kasus ketuban pecah dini dengan umur kehamilan yang kurang bulan tidak di jumpai tanda – tanda infeksi pengelolannya bersifat konservatif di sertai pemberian antibiotic yang adekuat sebagai profilaksis. Penderita perlu di rawat di rumah sakit, di tidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan

pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan di usahakan bisa mencapai 37 minggu, obat – obatan uteroneklasen atau tocolitik agent di berikan juga tujuan menunda proses persalinan. Tujuan dari pengeolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita ketuban pecah dini kehamilan kurang bulan adalah agar tercapainya pematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda – tanda infeksi, maka segera dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan.

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi – komplikasi yang kadang – kadang tidak ringan. Komplikasi – kompikasi yang dapat terjadi gawat janin sampai mati, tetani uteri, rupture uteri, emboli air ketuban, dan juga mungkin terjadi intoksikasi.

Kegagalan dari induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah sesar. Seperti halnya pada pengelolaan ketuban pecah dini yang cukup bulan, tindakan bedah sesar hendanya dikerjakan bukan semata – mata karena infeksi intrauterine. Tetapi seharusnya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelaianan letak, gawat janin, partus tak maju.

Selain komplikasi – komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka peru dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga di katakana pengelolaan

konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterin.

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leukosit darah tepi setiap hari, pemeriksaa tanda – tanda vital terutama temperatur tiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotik mulai saat di diagnosis di tegakkan dan selanjutnya setiap 6 jam.

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm ketuban pecah dini telah dilaporkan secara pasti dapat menurunkan kejadian RDS. *The National Institute Of Health* (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm ketuban pecah dini pada kehamilan 30 – 32 minggu yang tidak ada infeksi intramnion. Sediaan terdiri atas betametason 2 dosis masing – masing 12mg IM tiap 24jam atau dexametason 4 dosis masing – masing 6 mg tiap 12 jam.

Menurut Varney dan Tharpei (2013), perawatan wanita yang mengalami ketuban pecah dini adalah:

1. Pemberian dukungan
 - a. Diskusikan signifikan ketuban pecah dini (hasil pada janin yang diantisipasi sesuai usia gestasi, perawatan neonates yang diantisipasi, resiko dan manfaat pilihan perawatan).
 - b. Resiko ketuban pecah dini pada ibu (infeksi intrauterine asenden, peningkatan insiden intervensi)
 - c. Resiko ketuban pecah dini pada janin (kompresi tali pusat, infeksi asenden atau infeksi yang telah sebelumnya).
 - d. Kebutuhan potensial untuk layanan medis.

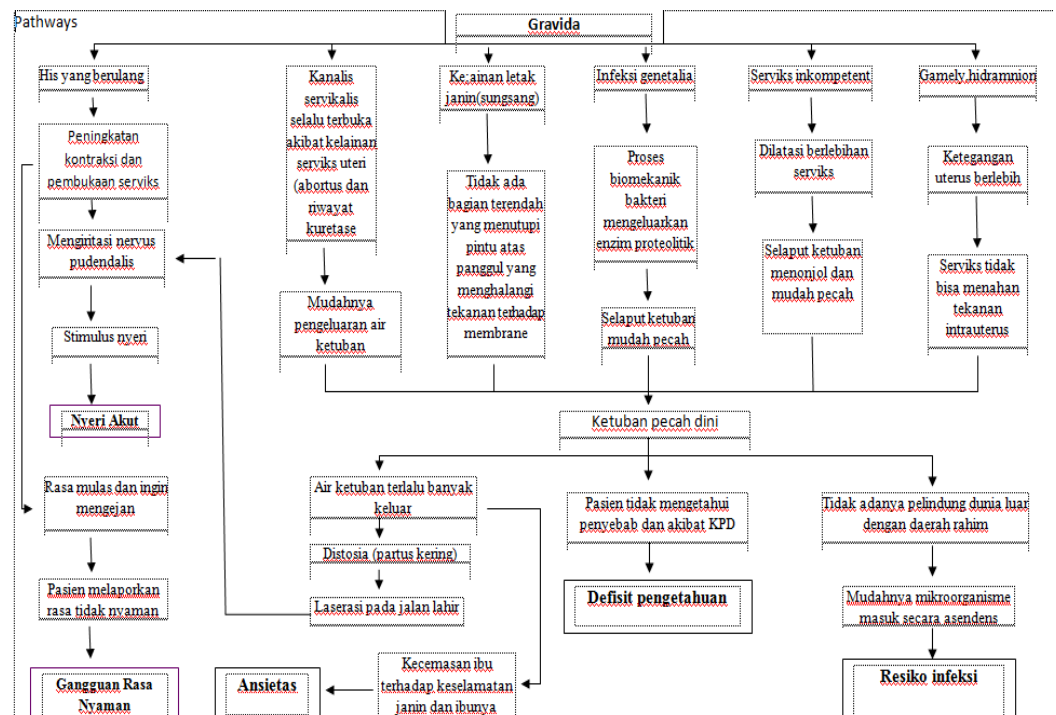
- e. Potensial perubahan pada rencana kelahiran, lokasi kelahiran, penolong kelahiran.
 - f. Tanda dan gejala (korioamnionitis, sepsis neonatus, endometritis pasca post partum).
2. Perawatan tindak lanjut
- a. Tinjau dan dokumentasi hasil
 - 1) Pemeriksaan ibu
 - 2) Surveilans janin yaitu hitung tendangan janin, NST, profil biofisik, AFI serial, denyut jantung janin meliputi auskultasi denyut jantung janin intermiten, pemantauan janin secara berkelanjutan, pematangan serviks atau induksi persalinan.
 - 3) Penting jika dicurigai terjadi amnionitis
 - 4) Pecah ketuban lebih besar 24-72 jam
 - b. Kaji kembali tanda atau gejala komplikasi (demam pada ibu, nyeri tekan abdomen, pola denyut jantung janin yang menguatirkan meliputi takikardia/ bradikardia/ deselerasi lambat atau deselerasi berat yang bervariasi / penurunan variabilitas)
 - c. Perbaharui rencana ketika terjadi perubahan
 - d. Percepat kelahiran jika muncul gejala infeksi, terjadi gawat janin, prevalensi ibu
 - e. Evaluasi pasca partus untuk mengetahui adanya (andometritis, infeksi lain, sepsis neonatus)

- f. Beri waktu untuk diskusi dan proses (peristiwa persalinan dan kelahiran, hasil, efek potensial pada kehamilan selanjutnya)
- 3. Aktif kolaboratif (mempertimbangkan konsultasi atau rujukan).
 - a. Layanan obgyn yaitu ketuban pecah dini yang dipastikan dengan keterlambatan waktu persalinan tanda atau gejala seperti infeksi, prolaps tali pusat, gangguan janin.
 - b. Layanan pediatric (waktu persalinan dengan infeksi janin atau maternal) untuk kelahiran jika diindikasikan oleh status janin, evaluasi neonatus setelah pecah ketuban lama.
 - c. Untuk diagnosis atau terapi diluar lingkup praktik bidan.

2.1.8 Pencegahan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Menurut Sujiyatini (2009), beberapa pencegahan dapat dilakukan namun belum ada yang terbukti cukup efektif. Mengurangi aktivitas atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga di anjurkan.

2.1.9 Pathway Ketuban Pecah Dini (KPD)



Sumber : Sujiyatini.2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Gambar 2.1 Pathway Ketuban Pecah Dini

2.2 Induksi Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan induksi merupakan tindakan yang banyak dilakukan untuk mempercepat proses persalinan. Persalinan induksi dengan menambah kekuatan dari luar tidak boleh merugikan ibu dan janinnya dalam usaha menuju *well born baby* dan *well health mother*, sehingga diperlukan indikasi yang tepat, waktu yang baik, dan disertai evaluasi yang cermat. Disamping itu untuk menanggapi atau menghadapi komplikasi dan tindakan lebih lanjut, induksi persalinan harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki fasilitas tindakan operasi. Persalinan induksi adalah tindakan antara yang berkelanjutan menuju : seksio sesarea dan persalinan operatif pervaginam (Manuaba, 2007)

2.2.2 Indikasi Persalinan Induksi

1. Indikasi ibu
 - a) PROM (Premature Rupture Of Membrane) – PPRM (Preterm Prelabur Rupture Of Membrane)
 - b) Preeklampsia-eklampsia
 - c) Kemungkinan kesempitan panggul
 - d) Ibu dengan penyakit : jantung, diabetes mellitus dan infeksi amnionitis
2. Indikasi janin
 - a) Post-term
 - b) Insufisiensi plasenta
 - c) IUFD (Intra Uterin Fetal Death)
 - d) IUGR (Intra Uterin Growth Restriction)
 - e) Oligohidramniom
3. Indikasi selektif
 - a) Maturitas paru cukup
 - b) Kontraksi uterus tidak sempurna
 - c) Atas permintaan yang bersangkutan

2.2.3 Kontraindikasi Induksi Persalinan Pervaginam

Kontraindikasi pada induksi persalinan pervaginam terjadi jika tindakan induksi yang akan dilakukan lebih merugikan dibandingkan tindakan seksio langsung. Kontraindikasi tersebut yaitu :

- a. Terdapat distosia persalinan
 - a) Panggul sempit atau disporpori sefalopelvis
 - b) Kelainan posisi kepala janin

- c) Terdapat kelainan letak janin dalam rahim
- d) Kesempitan panggul absolute ($CD < 5,5$ cm)
- e) Perkiraan bahwa berat janin > 4000 gr
- b. Terdapat kedudukan ganda
 - a) Tangan bersama kepala
 - b) Kaki bersama kepala
 - c) Tali pusat menumbu terkemuka
- c. Terdapat overdistensi rahim
 - a) Kehamilan ganda
 - b) Kehamilan dengan hidramnion
- d. Terdapat anamnesis : perdarahan antepartum
- e. Terdapat bekas operasi pada otot rahim :
 - a) Bekas seksio sesarea
 - b) Bekas operasi mioma uteri
- f. Pada grandemultipara atau kehamilan > 5 kali
- g. Terdapat tanda-tanda atau gejala intrauteri fetal distress (Manuaba, 2007)

2.2.4 Syarat Induksi Persalinan yang harus Dipenuhi

- a. Janin mendekati aterm
 - b. Tidak terdapat kesempitan panggul atau disporpori sefalopelvik
 - c. Memungkinkan untuk lahir pervaginam
 - d. Janin dalam persentasi belakang kepala
- (Manuaba, 2007)

2.2.5 Metode Induksi dengan Oxytocin Drip

1. Mulai dengan 8 tetes selama 15 menit
2. Dinaikkan dengan interval 15 menit sebanyak 4 tetes sampai tercapai kontraksi optimal
3. Tetesan maksimal 40 tetes
4. Jumlah cairan seluruhnya 1000 cc glukosa 5 %
5. Observasi : detak jantung janin, his-kontraksi otonom rahim, penurunan bagian terendah, lingkaran bawel-tanda ruptur imminen
6. Criteria gagal : dengan 1000 cc tidak terjadi kontraksi
7. Di ulangi dengan interval 24-48 jam
8. Tindakan lanjut : memecahkan ketuban dan persalinan harus berakhir dalam waktu 6 jam (Fraser) dan langsung seksio sesarea (Manuaba, 2007)

2.3 Konsep Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Trisnawati, 2016).

Menurut buku 50 tahun IBI (2007), manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney merupakan proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College Nurse Midwife (ACNM) terdiri dari:

1. Sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan bertanggung jawab terhadap kesehatannya
5. Membuat asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.1 Tujuan Manajemen Kebidanan

Tujuannya yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan anak melalui upaya terintegrasi, lengkap, serta intervensi yang minimal sehingga

prinsip dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Estiwidani, dkk, 2008).

2.3.2 Konsep Asuhan Kebidanan pada Ketuban Pecah Dini (KPD)

1. Pengumpulan Data Dasar (Pengkajian)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dari kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid.

1) Data Subyektif

Pengkajian fokus data subyektif untuk pemeriksaan Ketuban Pecah Dini (KPD) menurut (Notoatmodjo, 2010) adalah sebagai berikut:

1. Biodata

Berisi tentang identitas klien beserta suaminya, meliputi:

a. Umur

Usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi atau resiko tinggi. Umur ibu dapat mempengaruhi faktor

terjadinya KPD dimana umur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dapat meningkatkan insiden terjadinya KPD pada ibu.

b. Pekerjaan

Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan klien. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energy. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dengan lama kerja melebihi 3 jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja menyebabkan lemahnya korion amnion sehingga terjadi ketuban pecah dini (Notoatmodjo, 2010).

2. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihai yang mendorong klien datang ke bidan. Menanyakan tentang keluhan ibu agar dapat menegakkan diagnose berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien.

Keluhan subyektif ketuban pecah dini yaitu semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya air-air dari jalan lahir (merembes ataupun langsung banyak) bewarna jernih / putih / keruh / hijau/ kecoklatan, tapi belum terasa adanya tanda-tanda persalinan misalnya his ataupun lendir darah dari vagina.

3. Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Riwayat persalinan premature dan riwayat ketuban pecah dini (KPD) sebanyak dua kali atau lebih merupakan faktor presdiposisi terjadinya KPD (Morgan dan Hamilton, 2009).

4. Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

Masalah selama kehamilan, mulai kontraksi, gerakan janin: untuk mengkaji kesejahteraan janin, ketuban utuh atau sudah pecah merupakan tanda menjelang persalinan dan faktor presdiposisi menyebabkan peningkatan resiko intra uterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir (Manuaba, 2007).

5. Kebiasaan sehari-hari

a) Kebiasaan merokok selama kehamilan dapat menyebabkan terjadinya KPD. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm (Manuaba, 2007).

b) Kebersihan diri : pecahnya kulit ketuban kadang-kadang didahului *cervicitis* atau *amnionitis* akibat hygiene (genetalia) yang kurang

c) Riwayat hubungan seksual : hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan berisiko terjadi ketuban pecah dini

2) Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang dapat diobservasi dan dapat diukur termasuk informasi yang diperoleh selama pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik. Data diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang terdiri dari inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Pasien dengan ketuban pecah dini maupun partus lama tampak gelisah, letih, nadi dan napas cepat serta berkeringat (Nugroho, 2010).

b. Status kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran, yaitu apakah composmentis, apatis, samnolen atau koma.

1. Composmentis yaitu pasien mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus. Keadaan umum yang diberikan.
2. Apatis yaitu pasien acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya
3. Somnolen yaitu pasien memiliki kesadaran yang rendah yang ditandai dengan pasien tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan dan masih memberikan respons terhadap rangsangan kuat.
4. Koma yaitu pasien tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.

Status kesadaran pasien dengan KPD umumnya composmentis.

c. Tanda – tanda vital

1. Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi. Batas normal tekanan darah adalah 110/60 – 140/90 mmHg.

2. Suhu

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam (peningkatan suhu tubuh di atas normal) sebagai tanda adanya infeksi. Normalnya suhu tubuh adalah 35,6°C – 37,6°C. Pada ketuban pecah 6 jam, resiko infeksi meningkat 1 kali. Ketuban pecah 24 jam, resiko infeksi meningkat sampai 2 kali.

3. Nadi

Batas normal 60-100 kali per menit. Dapat ditemukan frekuensi nadi cepat pada ketuban pecah lebih dari 6 jam.

4. Respirasi

Untuk mengetahui pernapasan yang dihitung dalam 1 menit. Batas normal dalam 1 menit adalah 16 – 24x / menit. Dapat ditemukan pernapasan cepat pada kasus KPD.

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa, akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

b) Palpasi

1. Leopold I

Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipat paha. Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita, dan melihat kearah muka penderita. Ukur tinggi fundus uteri. Tentukan bagaian apa yang terdapat dalam fundus.

2. Leopold II

Tangan pemeriksa dipindahkan kesamping perut ibu, tangan satu mendorong perut dan tangan lain menentukan bagian apa yang ada disamping perut ibu, dan dilakukan secara bergantian.

3. Leopold III

Gunakan satu tangan saja. Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya dan cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

4. Leopold IV

Pemeriksa berubah sikapnya yaitu melihat kearah kaki penderita dan dengan kedua tangan tentukan apa yang menjadi bagaian bawah serta tentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam pintu atas panggul, dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul MC Donad adalah : TFU menggunakan pita sentimeter dan TBBA : untuk menentukan tafsiran berat berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus : kepala sudah masuk PAP

(Divergen) TFU-11 x 155, dan kepala belum masuk PAP

(Convergen) TFU-12 X 155.

Lakukan palpasi abdomen untuk menentukan volume cairan amnion. Apabila pecah ketuban telah pasti, terdapat kemungkinan mendeteksi berkurangnya cairan karena terdapat peningkatan molase aterus dan dinding abdomen di sekitar janin dan penurunan kemampuan balotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban.

c) Auskultasi

Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negatif pada persalinan macet. Dapat terjadi kematian janin dalam rahim. Frekuensi jantung janin normal 120 –160x/ menit.

d) Pemeriksaan Inspekulo

Akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum dan akan terkumpul pada forniks anterior

e) Pemeriksaan dalam

Hal-hal yang perlu dinilai pada saat melakukan pemeriksaan dalam.

1. Vulva vagina: ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Idealnya setelah daerah vulva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar,

kemudian usap, ibu jari dan jari telunjuk dan salah satu tangan membuka lebar-lebar untuk menyingkap muara vagina dengan mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam labia. Menilai bentuk normal atau tidak, ada/tidak infeksi menular seksual, ada/ tidak kelainan pada vagina atau varises. Varises pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan. Apakah ada/tidak masa, termasuk kondilomata, luka, menilai cairan di vagina, apakah ada parut di vagina.

2. Konsistensi portio : portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm)
3. Pembukaan serviks: dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukan serviks. Jari pemeriksa disapukan dari tepi satu serviks disatu sisi ke sisi yang berlawanan pembukaan (fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm)
4. Air ketuban (utuh/pecah): ibu hamil sebaiknya di instruksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya diragukan, masukan speculum dengan hati-hati, dan cairan di forniks posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.

5. Presentasi dan posisi janin

6. Penurunan bagian terbawah janin : menentukan bagian terbawah janin dengan metode “zero station”

7. Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina ischiadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina ischiadika keadaan ini disebut station nol.

8. Penyusupan kepala janin/molase

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan <4 cm (fase laten). Didalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Nugroho, 2010).

3) Pemeriksaan penunjang diagnostic

Menurut Saifuddin (2009), pemeriksaan penunjang diagnostic yang dilakukan meliputi:

a) Uji laboratorium

1. Uji pakis positif

Apus specimen pada kaca objek mikroskop dan biarkan seluruhnya kering minimal selama 10 menit. Inspeksi kaca objek dibawah mikroskop untuk memeriksa pola daun pakis.

2. Uji kertas nitrazin positif

Kertas bewarna mustard-emas yang sensitive terhadap pH ini akan berubah warna menjadi biru gelap jika kontak dengan bahan bersifat basa. Nilai pH vagina normal adalah $\leq 4,5$. Selama kehamilan terjadi peningkatan jumlah sekresi vagina akibat *eksfoliasi epithelium* dan bakteri, sebagian besar *Lactobacillus*, yang menyebabkan pH vagina menjadi lebih asam. Cairan amnion memiliki pH 7,0 sampai 7,5.

3. Specimen untuk kultur Streptokokus Grup B

Jika wanita antar minggu ke-35 da ke-37 gestasi, hasil kultur negative dalam 5 minggu sebelumnya didokumentasikan, set specimen lainnya untuk kultur tidak diperlukan dan antibiotik profilaksis tidak dianjurkan.

b) Pemeriksaan Ultrasonorafi (USG)

1. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam cavum uteri
2. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan dalam asuhan terhadap klien.

Diagnosa yang ditegakkan dalam kasus ketuban pecah dini adalah: G1P0A0 UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini. Diagnosa tersebut dirumuskan sesuai dengan intepretasi data sesuai teori berikut ini:

a. Data subyektif

Keluhan subyektif: semburan cairan yang banyak diikuti keluarnya keluarnya air-air dari jalan lahir (merembes ataupun langsung banyak) bewarna jernih / putih / keruh / hijau / kecoklatan, perasaan basah pada celana dalam, aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, ada riwayat persalinan premature dan riwayat ketuban pecah dini (KPD) sebanyak dua kali atau lebih, riwayat persalinan terdahulu SC, IUFD. Defisiensi vitamin C, kebiasaan merokok selama kehamilan, hygiene (genetalia) yang kurang, ada riwayat hubungan seksual pada bulan-bulan terakhir kehamilan.

b. Data obyektif

Status genearis baik atau lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital normal atau abnormal. Pengamatan tampak keluarnya cairan dari vagina, jumlah banyak/sedikit, jika dipalpasi ada peningkatan molase uterus dan dinding abdomen di sekitar janin dan penurunan kemampuan balotemen dibandingkan temuan pada pemeriksaan sebelum pecah ketuban, pemeriksaan inspekulo akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum dan akan terkumpul pada fornix anterior, hasil VT yaitu : didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Pemeriksaan laboratoium:

hasil uji pakis dan kertas nitrazin positif (+), hasil USG terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit.

3. Antisipasi masalah potensial

Pada diagnosa potensial kita menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose aktual. Masalah potensial yang dapat terjadi pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini adalah potensial terjadi infeksi, partus lama, prolaps tali pusat/ tali pusat menumbung, perdarahan post partum, atau infeksi nifas pada ibu sedangkan pada janin dapat terjadi hipoplasia paru, distosia, prematuritas, janin mati dalam kandungan, asfiksia.

4. Tindakan Segera

Identifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Data yang dikumpulkan dapat menunjukkan suatu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter.

Menurut Maryunani (2016) tindakan segera yang dilakukan pada pasien dengan ketuban pecah dini, antara lain: pemberian antibiotik, istirahat/tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, pemantauan kesejahteraan janin, pemberian nutrisi yang cukup, dan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

5. Perencanaan

Menurut Widan dan Hidayat (2008) langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Menurut Maryunani (2016) rencana tindakan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut : memantau tekanan darah, pembukaan serviks tiap 4 jam dan memantau HIS, DJJ, nadi setiap 30 menit, suhu tiap 2 jam untuk memastikan apakah ada tanda-tanda infeksi.

6. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

Menurut Maryunani (2016) berdasarkan tinjauan manajemen asuhan kebidanan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisien dan menjamin rasa aman klien, implementasi dapat dikerjakan seluruhnya oleh bidan ataupun sebagian dilaksanakan pasien serta kerjasama dengan tim kesehatan lainnya sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan.

Bila diputuskan bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh

tersebut. Pelaksanaan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini adalah dengan melaksanakan semua asuhan yang telah direncanakan yaitu sesuai dengan keadaan pasien dimana jika ibu dapat melahirkan spontan dilakukan pertolongan persalinan secara spontan.

7. Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan (Tresnawati, 2012).

Menurut Maryunani (2016) evaluasi manajemen kebidanan merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan dalam mengevaluasi pencapaian tujuan, membandingkan data yang dikumpulkan dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah dicapai atau tidak dengan tindakan yang sudah di implementasikan.

Hasil evaluasi akhir tatalaksana ketuban pecah dini menurut Varney (2006) adalah persalinan berjalan normal atau bayi lahir secara spontan, tidak terjadi infeksi atau partus lama, keadaan umum bayi dan ibu normal. Selain itu, gejala dan tanda patologis dapat dikenali serta

tatalaksanaan sesuai kebutuhan, penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan, agar tercapai penurunan kematian/ kesakitan ibu/ bayi dan penanganan kegawat daruratan obstetrik secara tepat.

3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Studi kasus adalah uraian dan penjelasan komperheransif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau situasi sosial. Peneliti studi kasus berupaya menelaah sebanyak mungkin data mengenai subyek yang diteliti. Penelitian kualitatif menggunakan desain penelitian studi kasus dalam arti penelitian difokuskan pada satu fenomena saja yang dipilih dan ingin dipahami secara mendalam, dengan mengabaikan fenomena-fenomena lainnya (Sukmadinata, 2010).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu intrapartal primigravida di atas indikasi KPD di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, tanggal 23 Juni - 24 Juli 2017.

3.2 Populasi, Sampel, Sampling**3.2.1 Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007). Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu dengan KPD di Ruang Bersalin RSUD Dr. W.Z Johannes Kupang.

3.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian kebidanan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang digunakan (Hidayat, 2007). Sampel yang digunakan adalah menggunakan kriteria sampel inklusi (kriteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Hidayat, 2007). Kriteria inklusinya adalah: bersedia menjadi responden ibu intrapartal. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu dengan ketuban pecah dini dirawat di Ruang Bersalin RSUD DR. W.Z Johannes Kupang.

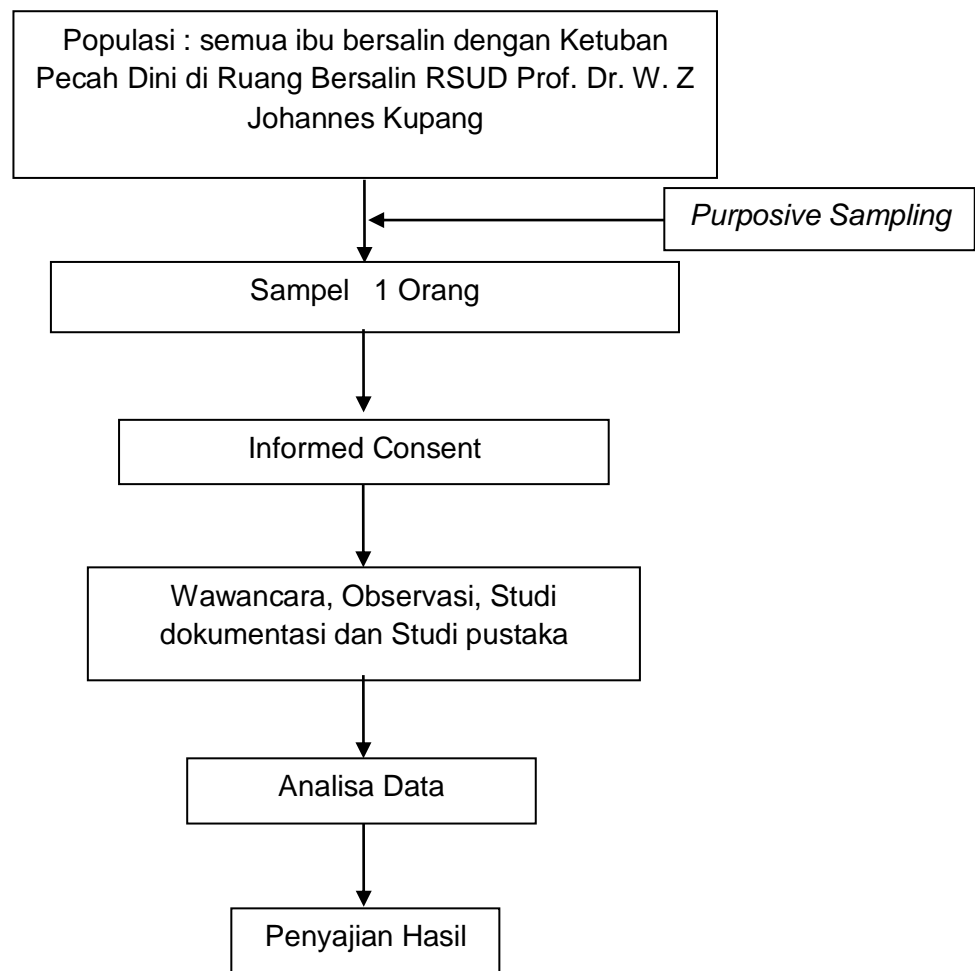
3.2.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah dua jenis pengambilan sampel yakni probability sampling dan nonprobability sampling (Hidayat, 2007). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.3 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka kerja penelitian.

3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.4.1 Pengumpulan Data

1. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan Studi Kasus di lahan yang ditujukan kepada kepala Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes kupang, untuk melakukan penelitian. Penulis melakukan permohonan ijin kepada kepala Ruang Bersalin dan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, penulis melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara pasien dan observasi secara langsung.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian Intrapartal. Lembar pengkajian ini terdiri dari data subjektif dan data objektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3. Waktu dan Tempat Penelitian

1) Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada 23-24 Juni 2017

2) Tempat penelitian

Lokasi Studi Kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan. Penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, Propinsi Nusa Tenggara Timur.

4. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus merupakan hal atau orang yang akan dikenai kegiatan pengambilan kasus. Subjek dalam Studi Kasus ini dilakukan pada Manajemen Kebidanan Pada Ibu Intrapartal dengan Ketuban Pecah Dini.

3.4.2 Analisa Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data disini penulis menggunakan teknik observasi dan wawancara. Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan pengamatan secara langsung epada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hl yang kan diteliti. Sengkan teknik wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai secara langsung responden yang diteliti, metode ini dapat memberikan hasil secara langsung. (Hidayat, 2007)

3.5 Etika Penelitian.

Menurut Hidayat, 2007 yang termasuk dalam etika penelitian adalah

1. Informed Consent (Persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara pasien dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan informed consent tersebut, diberikan sebelum penelitian untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

2. Anonimily (Tanpa Nama)

Masalah etika Kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan dan mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan dari peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat, 2007)

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**4.1 HASIL PENELITIAN****4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang adalah rumah sakit daerah tipe B yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub-spesialis dan menerima pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten di seluruh wilayah propinsi NTT. Penelitian dilaksanakan di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang sejak tanggal 23 Juni 2017 s/d 24 Juni 2017. Ketenagakerjaan ruang Bersalin terdiri dari dokter spesialis kandungan 5 orang, bidan 45 orang. Sistem kerja menggunakan 3 giliran (sift) jaga. Giliran pagi mulai dari pukul 07.00 WITA s/d 14.00 WITA, siang pukul 14.00 WITA s/d 21.00 WITA, dan malam pukul 21.00 WITA s/d 07.00 WITA. Jumlah tenaga bidan sebanyak 4-5 orang bidan dan 1 orang dokter per giliran jaga setiap harinya. Fasilitas yang tersedia di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, yaitu 5 bed tempat tidur beserta trolinya dan 5 buah tempat sampah medis dan non medis masing-masing. Troli tempat penyimpanan alat pemeriksaan tanda-tanda vital (tensimeter, stetoskop, termometer) gunting, plester, alkohol, larutan klorin, safety box, meja 2 buah dan 8 buah kursi untuk petugas kesehatan, 1 ruangan khusus untuk kepala ruangan, dan 1 ruangan khusus untuk tempat istirahat dan makan petugas kesehatan, kulkas 1 pintu untuk penyimpanan vaksin dan oksitosin, 1 etalase untuk tempat menyimpan alat dan bahan, 1 kamar mandi untuk petugas dan 1

kamar mandi untuk pasien, autoklaf untuk steril alat, dan tempat cuci alat bekas pakai, 1 dapur dan 1 ruangan untuk penyimpanan tabung oksigen.

4.1.2 Hasil Penelitian Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada hari Jumat tanggal 23 Juni 2017 jam 13.45 WITA. Pasien datang rujukan dari Puskesmas Alak didampingi oleh bidan dengan diagnosa ketuban pecah dini. Pada pengumpulan data subyektif Ny. F. T. berusia 22 tahun didapatkan data subyektif ibu hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah terlambat haid 9 bulan, HPHT 26 September 2016 dan keluhan ibu pada waktu datang yaitu keluar air – air berwarna bening sejak jam 21.00 WITA tanggal 22 Juni 2017. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sejak jam 02.00 WITA tanggal 23 Juni 2017, belum keluar lendir dan darah dari jalan lahir.

Pada pemeriksaan sebagai data obyektif yang telah dilakukan pada ibu dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut : pemeriksaan umum yaitu : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 37°C, nadi 88 kali permenit pernapasan 20 kali permenit. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari bawah prosesus xipodeus, pada fundus teraba lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstremitas): punggung kanan. Leopold III: hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan

tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk pintu atas panggul dan pada pemeriksaan Leopold IV: hasilnya bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergen) penurunan kepala 4/5. Pada pengukuran tinggi fundus uteri dengan pita centimeter berdasarkan McDonald hasilnya 31cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2.945 gram.

Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin positif terdengar jelas, kuat, teratur dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah pusat, frekuensinya 136 kali permenit memakai Doppler. Pada pemeriksaan dalam tanggal 23 Juni 2017, jam 13.50 WITA hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio teraba lunak dan tipis, pembukaan 3 cm, kantong ketuban negatif, bagian terendah kepala, posisi belum jelas, tidak ada molase, kepala turun hodge I – II.

Hasil pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium pada ibu HB : 13,2 gr %, golongan darah O, jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 35,8 L%, leukosit 75,0 uL, trombosit 248 uL.

2. Interpretasi Data Dasar dan Diagnosa

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan diagnosa yaitu G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini.

Data subjektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan keluar air – air bewarna jernih sejak jam 21.00 WITA tanggal 22 Juni 2017. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sejak jam

02.00 WITA tanggal 23 Juni 2017, belum keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Pergerakan janin dirasakan sering dalam 24 jam terakhir.

Data objektif pendukung diagnosa yaitu tafsiran partus 03 Juli 2017, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 37° Celcius, frekuensi nadi 88 kali per menit, frekuensi pernapasan 18 kali permenit. Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari bawah prosesus xipodeus, bagian fundus teraba lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong). Leopold II: hasilnya bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstremitas): punggung kanan. Leopold III: hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk pintu atas panggul dan pada pemeriksaan Leopold IV : hasilnya bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen) penurunan kepala 4/5. Pada pengukuran tinggi fundus uteri dengan pita centimeter berdasarkan McDonald hasilnya 31 cm dengan tafsiran berat badan janin adalah 2.945 gram.

Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin positif terdengar jelas, kuat, teratur dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah pusat, frekuensinya 136 kali permenit memakai Doppler. Perkusi: reflek patella kanan +/-kiri +, tidak ada kelainan. Ekstremitas tidak ada oedema atau kelainan. HIS : 1-2 kali dalam 10 menit lamanya 25-30 detik.

Pada pemeriksaan dalam tanggal 23 Juni 2017, jam 13.50 WITA hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio teraba lunak dan tipis, pembukaan 3 cm, kantong ketuban negatif, bagian terendah kepala, posisi belum jelas, tidak ada molase, kepala turun hodge I – II.

3. Diagnosa Masalah Potensial

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka antisipasi masalah potensial pada Ny. F.T intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini adalah potensial terjadinya infeksi intra uterin, partus lama, IUFD, prolaps tali pusat/ tali pusat menumbung.

4. Tindakan Segera

Tindakan segera dilakukan untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus ini, yaitu tirah baring, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan. Hasil kolaborasi antibiotik Cefotaxim 3x1 gram/IV dan pasang infuse RL 500 cc Drip Oksitosin 5 IU dimulai 8 tetes/menit.

5. Rencana Asuhan Menyeluruh

Rencana asuhan tindakan pada kasus intrapartal primigravida kala satu fase laten dengan ketuban pecah dini, tanggal 23 Juni 2017, jam 13.55 WITA adalah sebagai berikut: informasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, rasionalnya informasi yang disampaikan merupakan hak klien dan agar ibu, keluarga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan sopan, rasionalnya menjaga privasi klien merupakan asuhan sayang ibu. Anjurkan ibu untuk tidur posisi miring kiri, rasionalnya tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada cava inferior sehingga tidak mengganggu peredaran darah

dan transfer O₂ menuju janin. Ajarkan ibu teknik/cara mengedan yang baik dan benar, rasionalnya dapat mempercepat proses persalinan. Beri dukungan mental dan moril pada ibu, rasionalnya dukungan mental yang baik akan memberi semangat bagi ibu dan kemajuan persalinan. Beritahu ibu untuk minum diantara his, rasionalnya sebagai sumber energi/tenaga dan pengatur metabolisme dalam tubuh. Observasi sesuai dengan partograf dan pantau tetesan oksitosin drip. Catat hasil pemeriksaan dan tindakan dalam lembar observasi, bila sudah memasuki fase aktif catat dalam lembar partograf, rasionalnya untuk memantau keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan normal. Persiapan alat dan bahan yang digunakan selama proses persalinan sesuai saff, rasionalnya mempermudah dan memperlancar persalinan jika alat dan bahan tersedia. Pantau DJJ dan naikan tetesan Oksitosin Drip tiap 15 menit 4 tetes sebanyak maksimal 40 tetes/menit, rasionalnya oksitosin dapat merangsang uterus berkontraksi sehingga merangsang pembukaan serviks. Pendokumentasian pada lembar observasi, status pasien, register dan pengisian partograf bila sudah memasuki fase aktif, rasionalnya sebagai bahan observasi untuk penanganan selanjutnya.

6. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada kasus intrapartal primigravida dengan KPD sesuai dengan rencana asuhan pada tanggal 23 Juni 2017, jam 14.00 WITA adalah sebagai berikut: menginformasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, yaitu keadaan ibu baik, TTV: Tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88 kali permenit, frekuensi pernapasan 18 kali permenit, suhu 37° Celcius, kehamilan sudah cukup

bulan, janin letak kepala (normal), ketuban sudah pecah sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan sopan, yaitu menutup tirai untuk menjaga privasi ibu. Menganjurkan ibu untuk tidur posisi miring kiri, kaki bagian bawah lurus dan dan kaki bagian atas dilipat untuk mencegah gangguan sirkulasi darah dan O₂ dari ibu ke janin. Mengajarkan ibu teknik/cara mendedan yang baik dan benar, yaitu dengan dagu menempel pada dada, membuka mata saat mendedan, tangan dimasukan kedalam lipatan paha hingga siku, menarik napas melalui hidung dan menghembuskan lewat mulut serta tidak mendedan saat tidak ada kontraksi. Memberi dukungan mental dan moril pada ibu serta libatkan keluarga dalam proses persalinan sebagai asuhan sayang ibu untuk mengurangi rasa cemas ibu. Memberitahu ibu untuk minum diantara his, seperti minum teh hangat untuk mencegah terjadinya dehidrasi dan supaya ibu ada tenaga. Mengobservasi sesuai dengan partograf yaitu HIS, DJJ, nadi tiap 30 menit, suhu dan volume urine tiap 2 jam, pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam dan pantau tetesan dan naikan tetesan oksitosin drip tiap 15 menit sebanyak 4 tetes maksimal 40 tetes/menit. Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan selama proses persalinan sesuai saff yaitu : Saff 1 : Partus set (sarung tangan 2 pasang, klem steril 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat 1 buah, ½ kocher 1 buah), kapas DTT, air DTT, betadine, hand zanitizer, obat – obatan (oxytocin, lidocain, salep mata, vitamin K, ergometrin/ metergin), dispo 5cc, 3cc, 1cc, funduscope, pita ukur/pita cm, bengkok 2 buah, thermometer. Saff 2: heacting set (pinset anatomis dan pinset

chirurgis 1 buah, naldvouder 1 buah, benang catgut chromic, tampon, sarung tangan 1 pasang dan kasa secukupnya), wadah berisi air chlorine 0,5% untuk cuci sarung tangan bekas pakai, tempat plasenta yang dialasi plastik, tensi meter, stetoscope. Saff 3: perlengkapan bayi, perlengkapan ibu, APD (alat pelindung diri), cairan infus, abocat, tranfusi set. Memantau DJJ dan menaikkan tetesan Oksitosin Drip tiap 15 menit sebanyak 4 tetes maksimal 40 tetes/ menit. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada lembar observasi, status pasien, register dan pengisian partograf bila sudah memasuki fase aktif.

7. Evaluasi Asuhan

Dari perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan dan dilaksanakan dengan baik maka evaluasi asuhan kebidanan pada kasus intrapartal primigravida dengan KPD tanggal 23 juni 2017, jam 18.30 wita yaitu: telah dilakukan asuhan pertolongan persalinan 60 langkah APN. Pada jam 18.45 wita, bayi lahir spontan, lahir langsung menangis, tonus otot baik, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan. Plasenta lahir lengkap dan utuh pada 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 18.50 wita. Dilakukan pemantauan TTV ibu dan bayi tiap 15 menit jam pertama dan 30 menit jam kedua. Kemudian melakukan pengukuran antropometri 1 jam setelah IMD yaitu pukul 19.45 wita, hasilnya BB: 3.000 gram, PB: 48 cm, LK: 34 cm, LD: 35 cm, LP: 32 cm, pemberian salep mata dan vit K (1 mg) secara IM pada paha kiri, kemudian 1 jam setelah pemberian vit K, ambil bayi untuk disuntik HB0 secara IM pada paha kanan pada pukul 20.45 wita.

Pada tanggal 24 Juni 2017 pukul 10.00 wita keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital bayi dalam batas normal. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan visite dokter ibu dan bayi diperbolehkan pulang.

4.2 PEMBAHASAN

Pada bagian ini akan membahas tentang pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney pada ibu intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di ruang bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes pada tanggal 23 - 24 Juni 2017 mulai dari pengkajian yang dilakukan, asuhan/ penatalaksanaan dan evaluasi yang diberikan pada kasus ketuban pecah dini tidak ada perbedaan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

Pembahasan ini akan disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney. Untuk memudahkan pembahasan, maka penulis akan menguraikan sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian Data Dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dari kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Trisnawati, 2016).

Menurut Manuaba (2010), makin lama periode laten, makin besar kemungkinan infeksi dalam rahim. Menurut Maryunani (2013), pada kasus ibu dengan ketuban pecah dini sering ditemukan keluhan keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

Pada pengkajian data subyektif Ny. F.T mengatakan ini kehamilan anak pertama. Pasien datang rujukan dari Puskesmas Alak, dengan keluhan sakit pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang tetapi sakitnya jarang sejak tanggal 23 Juni 2017, jam 02.00 wita, serta keluar air-air berwarna jernih dan belum keluar lendir darah dari jalan lahir sejak tanggal 22 Juni 2017, pada jam 21.00 wita.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. F.T ditemukan adanya kesesuaian antara teori dan kasus Ny. F.T dimana didapatkan keluhan keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Analisa masalah dan diagnosa, interpretasi data terdiri dari penentuan diagnosa, masalah dan kebutuhan. Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah di kumpulkan. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan, karena masalah tidak dapat di definisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Menurut Sujiyanti (2009), kriteria menentukan ketuban pecah dini yaitu pada anamnesis penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba – tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluaranya cairan tersebut ini belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah keluaranya cairan vagina, dan ketuban baru pecah. Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluaranya cairan vagina, dan ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

Pada kasus Ny. F.T diagnosa yang ditegakkan adalah ibu G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan KPD, pada pemeriksaan fisik secara inspeksi yaitu genitalia ada keluar air-air berwarna bening, belum keluar lendir darah dari jalan lahir. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan tinjauan pustaka manajemen asuhan kebidanan adalah mengidentifikasi masalah potensial untuk mengantisipasi jika kemungkinan masalah akan terjadi.

Menurut Maryunani (2016) bahwa ketuban pecah dini dapat mengakibatkan terjadinya infeksi, partus preterm, partus lama, prolaps tali pusat dan distosia/ partus kering. Berdasarkan studi kasus Ny. F.T di lahan praktek dapat diidentifikasi masalah potensial yaitu infeksi, intra uterin, partus lama, IUFD, atonia uteri, prolaps tali pusat, perdarahan postpartum. Dengan demikian penerapan tinjauan

pustaka dan manajemen asuhan kebidanan pada kasus Ny. F.T. ada persamaan dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

4.2.4 Tindakan Segera

Menurut Maryunani (2016) tindakan segera yang dilakukan pada pasien dengan ketuban pecah dini, antara lain: pemberian antibiotik, istirahat/tirah baring, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi. Pemantauan kesejahteraan janin, tirah baring, pemberian nutrisi yang cukup, dan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

Berdasarkan tinjauan pustaka pada ketuban pecah dini tindakan segera dilakukan apabila terdapat tanda-tanda infeksi yaitu dilakukan kolaborasi dengan dokter tentang pemberian antibiotik, pemantauan kesejahteraan janin dan induksi persalinan. Dengan demikian ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan manajemen asuhan kebidanan pada studi kasus dilahan praktek dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.5 Perencanaan Asuhan

Pada manajemen asuhan kebidanan suatu rencana tindakan yang komprehensif ditujukan pada indikasi apa yang timbul berdasarkan kondisi pasien serta hubungannya dengan masalah yang dialami pasien serta konseling. Rencana tindakan harus disetujui klien dan semua tindakan yang diambil harus berdasarkan rasional yang relevan dan diakui kebenarannya.

Menurut Maryunani (2016) rencana tindakan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini adalah sebagai berikut : memantau tekanan darah, pembukaan serviks tiap 4 jam dan memantau HIS, DJJ, nadi setiap 30 menit, suhu tiap 2 jam untuk memastikan apakah ada tanda-tanda infeksi.

Pada kasus Ny. F.T dengan ketuban pecah dini penulis merencanakan asuhan kebidanan diagnosa/ masalah aktual dan masalah potensial yaitu informed consent, beri support pada ibu, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik pasang infus ringer laktat 500 cc drip Oksi 5 IU dimulai 8 tetes/menit dengan tetap memantau his an DJJ, observasi tanda-tanda vital, jelaskan penyebab nyeri, observasi kandung kemih. Dari rencana asuhan kebidanan tersebut yang telah diberikan pada kasus ini ada kesesuaian antara teori dengan kasus yang ada.

4.2.6 Pelaksanaan Asuhan

Menurut Maryunani (2016) berdasarkan tinjauan manajemen asuhan kebidanan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisien dan menjamin rasa aman klien, implementasi dapat dikerjakan seluruhnya oleh bidan ataupun sebagian dilaksanakan pasien serta kerjasama dengan tim kesehatan lainnya sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan. Pada kasus Ny. F.T dengan ketuban pecah dini, semua tindakan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan seluruhnya dengan baik tanpa hambatan karena adanya kerjasama dan penerimaan yang baik dari pasien serta adanya dukungan dari

keluarga dan petugas kesehatan di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

4.2.7 Evaluasi Asuhan

Menurut Maryunani (2016) evaluasi manajemen kebidanan merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan dalam mengevaluasi pencapaian tujuan, membandingkan data yang dikumpulkan dengan kriteria yang diidentifikasi, memutuskan apakah tujuan telah dicapai atau tidak dengan tindakan yang sudah di implementasikan.

Pada tinjauan pustaka evaluasi yang berhasil dilakukan adalah pemantauan keadaan klien meliputi : persalinan berlangsung kurang lebih 1 jam, berat badan bayi dalam batas normal, keadaan ibu baik dengan tanda-tanda vital dalam batas normal, infeksi tidak terjadi, ibu mengerti dan dapat beradaptasi.

Berdasarkan kasus Ny. F.T dengan ketuban pecah dini tidak ditemukan hal-hal yang menyimpang dari evaluasi tinjauan pustaka. Oleh karena itu bila dibandingkan dengan tinjauan pustaka dan studi kasus Ny. F.T secara garis besar tidak ditemukan kesenjangan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada Ny. F.T intrapartal primigravida dengan ketuban pecah dini di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang pada tanggal 23-24 Juni 2017 telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, antipsipasi masalah dan diagnosa potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pengkajian data subjektif yang dilakukan pada Ny. F. T, didapatkan adalah ibu hamil anak yang pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, sudah terlambat haid 9 bulan, HPHT 26-09-2016 dan keluhan ibu pada waktu datang yaitu ibu datang membawa surat rujukan dari Puskesmas Alak dengan diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Ibu mengatakan keluar air – air berwarna bening sejak jam 21.00 WITA tanggal 22 Juni 2017. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sejak jam 02.00 WITA tanggal 23 Juni 2017, belum keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Pergerakan janin dirasakan sering dalam 24 jam terakhir. Sedangkan data obyektif didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 37°C, nadi 88 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, tinggi badan ibu 150 cm, berat badan ibu

47 kg, lila 23,5 cm. Pemeriksaan palpasi pada abdomen yaitu Leopold I: hasilnya tinggi fundus uteri 3 jari bawah prosesus xipodeus, pada fundus teraba lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong). Leopold II : pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstremitas): punggung kanan. Leopold III : hasilnya pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk pintu atas panggul dan pada pemeriksaan Leopold IV : hasilnya bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergen) penurunan kepala 4/5. Pemeriksaan auskultasi hasilnya denyut jantung janin positif terdengar jelas, kuat, teratur dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah pusat, frekuensinya 136 kali permenit memakai Doppler. Pada pemeriksaan dalam tanggal 23 Juni 2017, jam 13.50 WITA hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio teraba lunak dan tipis, pembukaan 3 cm, kantong ketuban negatif, bagian terendah kepala, posisi belum jelas, tidak ada molase, kepala turun hodge I – II. Hasil pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium pada ibu HB : 13,2 gr %, golongan darah O, jumlah eritrosit 4,34 L. hematokrit 35,8 L%, leukosit 75,0 uL, trombosit 248 uL.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Dari hasil pengkajian data subyektif, obyektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang di dapatkan pada Ny. F.T maka interpretasi data yang dilakukan untuk menentukan diagnosa berdasarkan nomenklatur kebidanan yaitu G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu,

janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan KPD, keadaan ibu dan janin baik.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Diagnosa atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi. Dalam kasus ini antisipasi masalah potensialnya adalah masalah potensial yang akan terjadi pada ibu dengan KPD adalah: potensial resiko infeksi intra uterin, partus lama, IUFD, atonia uteri, prolaps tali pusat, perdarahan postpartum.

4. Tindakan Segera

Pada langkah ini mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan yang terjadi. Pada langkah ini bidan menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Pantau tanda-tanda infeksi yang mungkin terjadi. Pantau DJJ untuk memantau kesejahteraan janin. Pantau tanda-tanda vital. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

5. Perencanaan

Rencana tindakan pada kasus Ny. F.T adalah informasi mengenai hasil pemeriksaan, ciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, anjurkan ibu utu tidur miring kiri, ajarkan ibu teknik mengejan yang baik dan benar, beri dukungan mental dan moril pada ibu, beritahu ibu untuk minum diantara his, observasi sesuai dengan partograf, persiapkan alat dan bahan, pantau DJJ dan tetesan Oksitosin Drip, pendokumentasian pada lembar observasi, status pasien, register dan pengisian partograf bila

sudah memasuki fase aktif, semua perencanaan diatas mengacu pada kebutuhan pasien.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan pada Ny. F.T berdasarkan perencanaan yang telah dibuat, dan diagnosa yang telah ditetapkan yaitu menginformasi mengenai hasil pemeriksaan, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, mengajarkan ibu teknik mengejan yang baik dan benar, memberi dukungan mental dan moril pada ibu, memberitahu ibu untuk minum diantara his, mengobservasi sesuai dengan partograf, mempersiapkan alat dan bahan, memantau DJJ dan tetesan Oksitosin Drip, mendokumentasikan pada lembar observasi, status pasien, register dan mengisi partograf bila sudah memasuki fase aktif.

7. Evaluasi

Dari semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. F.T diatas keadaan ibu dan bayi yang dilahirkan sehat, tidak terjadi komplikasi. Setelah dilakukan pertolongan persalinan, ibu dan bayi dirawat di ruangan flamboyan selama 1 hari. Setelah keadaan ibu dan bayi baik maka pasien di pulangkan dengan anjuran kontrol ulang 3 hari kemudian di poli RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes atau di puskesmas terdekat bersama dengan bayi. Semua data telah didokumentasikan pada buku register dan status pasien, dan partograf secara menyeluruh. Setelah pasien di pulangkan, dilakukan kunjungan rumah 1 kali dengan hasil kunjungan keadaan umum ibu dan bayi baik, tidak ada komplikasi yang terjadi pada ibu maupun bayi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata tentang manajemen kebidanan pada kasus Ketuban Pecah Dini.

5.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan / Rumah Sakit

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan manajemen kebidanan pada kasus Ketuban Pecah Dini.

5.2.3 Bagi Intitusi Pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang manajemen kebidanan pada kasus Ketuban Pecah Dini.

5.2.4 Bagi Profesi

Diharapkan dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan keterampilan dalam memberikan dan melaksanakan manajemen kebidanan pada kasus Ketuban Pecah Dini.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, Chrisdiono. 2004. *Prosedur tetap Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI
- Estiwidani, dkk. 2008. *Dokumentasi untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Hidayat, A.Aziz Alimul. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Manuaba. 2003. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Muslihatun, Wati Nur, dkk. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitrimaya
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho. 2010. *Kasus Emergency Kebidanan untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, Sarwono. 2013. *Ilmu Kebidanan Ed.4, Cet.2*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifuddin. 2002. *Buku Paduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sujiyatini. 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sukarni. 2013. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Trisnawati, Frisca. 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisir
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Winkjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
 KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT PENGANTAR

Nomor : 389 / DIKLIT / VII / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.
 Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit
 NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2 003 / Penata Tk. I (III-d).

Menerangkan bahwa :

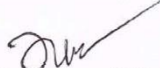
Nama : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza
 Jenis Kelamin : Perempuan
 NIM : 142 111 035
 Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Yang akan melaksanakan **Pengambilan Data Awal / Studi Kasus** di **Ruangan Bersalin / VK dan Instalasi Rekam Medik** RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, selama 1 (satu) bulan, terhitung mulai tanggal **04 s/d 31 Juli 2017**, dengan judul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. F. T INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
 DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG BERSALIN
 RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 04 Juli 2017
 RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang,
 Kepala Sub Bidang Diklit


Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners

Penata TK.I
 NIP. 196706151995012003

ACC 6/7/17
 Fwid

NB. Kolom data jml kasus KPD
 1 tahun terakhir Tk.



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS

Nomor : RSUD / 070 / Um. 600 / VII / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV/a).

Menerangkan bahwa :

Nama : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM : 142 111 035
Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Pengambilan Data Awal/Studi Kasus di Ruang Bersalin dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama tiga (3) minggu, terhitung mulai tanggal 23 Juni s/d 7 Juli 2017, dengan Judul :

**“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. F. T INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUANG BERSALIN
RSUD Prof. Dr. W. Z JOHANNES KUPANG”**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 7 Juli 2017
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
Kepala Sub Bidang Diklit



Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Pembina
NIP. 19641211 198703 2 016

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan
STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di tempat

Dengan hormat,

Saya mahasiswi Kebidanan Stikes Citra Husada Mandiri Kupang Angkatan VII mengadakan studi kasus pada Ny. F.T umur 22 tahun, Intrapartal Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di ruangan Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ. Johannes Kupang.

Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang di ajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasama ibu saya mengucapkan terimakasih.

Kupang, 23 Juni 2017

Hormat saya

Tanisiae Intan D.P. Adiriza
NIM: 142 111 035

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. F.T Intrapartal Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tanggal 23 S/D 24 Juni Tahun 2017

Peneliti : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan di ajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 23 Juni 2017

Responden

Ny. F.T



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKES CHM-K)**
Jl. Manafe NO17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT
Telp / faks. (62-0380) 8553961 / 8553590
Kupang – NTT Indonesia Email: stikeschmk@yahoo.com

ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. F.T G₁P₀A₀ UK38-39 MINGGU,

JANIN TUNGGAL HIDUP, INTRA UTERIN DENGAN KPD

DI RUANG BERSALIN RSUD. PROF.W.Z. JOHANNES KUPANG

Nama Pengkaji : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza

Tanggal Pengkajian : 23-06-2017

Jam Masuk : 13.45 WITA

Tanggal Masuk : 23-06-2017

I. PENGKAJIAN

A. DATA SUBJEKTIF

1. BIODATA

Nama ibu : Ny. F.T Nama suami : Tn. F.M

Umur : 22 tahun Umur : 25 tahun

Agama : Kr. Protestan Agama : Kr. Protestan

Bangsa/Suku : Timor Bangsa/Suku : Timor

Pendidikan : SMA Pendidikan : SMP

5. Riwayat kehamilan sekarang :

- Pergerakan janin dirasakan pertama kali pada UK : \pm 4 bulan
- Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : sering
- ANC berapa kali : 5 kali mulai UK :5 bulan
- Tempat ANC : Pustu Oeleta
- Imunisasi TT 1 : 24 Februari 2017
- Imunisasi TT 2 : 24 Maret 2017

6. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

NO	Tgl/Thn Persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Tempat	Penyulit	Keadaan bayi			Kondisi saat ini
							LH	L M	M	
1.	INI	G1P0A0								

7. Riwayat keluarga berencana :

- KB yang pernah digunakan : Belum pernah menggunakan KB
- Lamanya : -
- Efek samping : -
- Alasan berhenti : -

8. Riwayat kesehatan yang lalu/penyakit yang pernah diderita :

- Hipertensi : tidak ada PHS/HIV/AIDS : tidak ada
- Kehamilan ganda : tidak ada apakah pernah operasi : tidak ada
- Mola hidatidosa : tidak ada apakah pernah tranfusi darah : tidak pernah
- Diabetes :tidak ada apakah pernah alergi obat :tidak pernah

9. Riwayat esehatan keluarga dan penyakit turunan :

- Jantung : tidak ada
- Hipertensi : tidak ada
- Hepatitis : tidak ada
- Campak : tidak ada
- PHS/HIV/AIDS : tidak ada

10. Keadaan psikososial :

- Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini :
ibu dan keluarga senang dan menerima dengan kehamilan ini
- Dukungan dari keluarga :
keluarga menemani ibu saat bersalin dan membantu merawat bayinya.
- Beban kerja dan kegiatan sehari-hari :
memasak, menyapu, mengepel, cuci piring
- Jenis persalinan yang diharapkan : normal / pervaginam

- Jenis kelamin yang diharapkan : laki-laki / perempuan sama saja
- Pengambilan keputusan dalam keluarga : bersama-sama suami istri

11. Perilaku kesehatan :

- Merokok : Tidak
- Miras : Tidak
- Konsumsi obat terlarang : Tidak
- Minum kopi : Tidak

12. Latar belakang budaya

- Kebiasaan ditolong oleh : Bidan
- Pantangan makanan : Tidak ada
- Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas : Tidak ada

13. Pola kehidupan sehari-hari

- Makanan
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Jenis makanan : nasi, jagung
 - Lauk pauk : tahu, tempe, ikan, telur
 - Keluhan : tidak ada
 - Buah-buahan : pisang, papaya, jeruk
 - Minum air : 8 gelas/hari
- Pola istirahat/tidur
 - Tidur siang : \pm 1-2 jam
 - Tidur malam : \pm 7-8 jam

- Keluhan : tidak ada
- Pola eliminasi
 - BAB
 - Frekuensi : 1x/ hari
 - Warna : kuning
 - Bau : khas feses
 - Keluhan : tidak ada
 - BAK
 - Frekuensi : 6-7x/ hari
 - Warna : kuning
 - Bau : khas amoniak
 - Keluhan : tidak ada
 - Riwayat kebersihan diri ;
 - Mandi : 2x/ hari
 - Sikat gigi : 3x/ hari
 - Keramas : 3x/ minggu
 - Ganti baju/pakaian : 2x/ hari
 - Perawatan payudara : sudah dilakukan saat mandi dengan membersihkan puting susu

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- Keadaan umum : baik
- Kesadaran : komposmentis
- Tanda vital : S: 37°C N: 88x/menit
TD: 110/70 mmHg RR: 20x/menit
- BB : Sebelum hamil : 41 kg
Berat badan sekarang : 47 kg
- Lila : 23,5 cm
- TP : 03-07-2017

2. Pemeriksaan Fisik

1. Inspeksi

- Kepala : tidak ada kelainan
- Rambut : bersih, tidak ada ketombe dan tidak rontok
- Wajah
 - Bentuk : oval
 - Pucat : tidak
 - Cloasma gravidarum : tidak ada
 - Oedema/tidak : tidak ada
- Mata :
 - Konjungtiva : merah muda
 - Sclera : putih

- Oedema : tidak ada
- Mulut :
 - Mukosa bibir : lembab
 - Warna bibir : merah muda
 - Stomatitis/sariawan : tidak ada
- Gigi :
 - Kelengkapan gigi : lengkap
 - Caries gigi : tidak ada
- Leher :
 - Pembengkakan kelenjar limfe : tidak ada
 - Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
 - Pembendungan vena jugularis : tidak ada
- Dada :
 - Bentuk : simetris
 - Mammae :
 - Bentuk : simetris
 - Areola : ada hyperpigmentasi kanan +/- kiri +
 - Puting susu : menonjol
- Perut :
 - Bentuk : simetris, membesar sesuai UK
 - Linea nigra : ada
 - Striae albicans : tidak ada
 - Bekas luka operasi : tidak ada
- Ekstremitas :

- Atas : normal, tidak ada oedema dan kelainan
- Bawah : normal, tidak ada oedema dan varises
- Vulva vagina dan anus :
 - Bentuk : normal
 - Haemoroid : tidak ada
 - Oedema : tidak ada
 - Pengeluaran pervaginam : lendir
 - Fluor albus : tidak ada
- Palpasi
 - Leopold I :
TFU 3 jari bawah px, bagian fundus teraba lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II :
Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)
 - Leopold III :
Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (Kepala) sudah masuk pintu atas panggul
 - Leopold IV :
Divergen, penurunan kepala 4/5
Mc Donald : 31 cm
TBBJ : 2.945 gram.

- Auskultasi
 DJJ: positif terdengar jelas, kuat, teratur dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah pusat, frekuensi 136x/menit dengan menggunakan mini Doppler.
- Perkusi
 - Refleks patella : kanan + / kiri +
- HIS : 1 – 2x / 10 menit lamanya 25 – 30 detik

3. PEMERIKSAAN DALAM

Tanggal : 23-06-2017

Jam : 13.50 WITA

- Vulva : tidak ada kelainan
- Vagina : tidak ada kelainan
- Portio : teraba lunak, tipis
- Pembukaan : 3 cm
- Kantong ketuban : negatif
- Bagian terendah : kepala
- Posisi : Uzun – ubun kecil belum jelas
- Molase : tidak ada
- Turun hodge : I – II

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Laboratorium:

- Darah
 - Hb : 13,2 gr %
 - Malaria :-
 - VDRL :-
 - Golongan darah : O

- Urine
 - Albumin : Tidak dilakukan
 - Reduksi : Tidak dilakukan
 - Lain-lain : Tidak ada

5. PEMERIKSAAN KHUSUS:

- USG : Tidak dilakukan
- Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

DIAGNOSA	DATA DASAR
<p>G₁P₀A₀</p> <p>UK 38-39 minggu,</p> <p>janin tunggal hidup,</p> <p>presentasi kepala,</p> <p>inpartu kala I fase</p> <p>laten dengan KPD,</p> <p>keadaan ibu dan</p> <p>janin baik</p>	<p>DS : ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, dan tidak pernah keguguran. Ibu mengatakan bahwa HPHT ibu</p> <p>26 – 09-2016. Ibu datang membawa surat rujukan dari Puskesmas Alak dengan diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Ibu mengatakan keluar air – air berwarna jernih dari jalan lahir sejak jam 21.00 WITA tanggal 22 Juni 2017. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sejak jam 02.00 WITA tanggal 23 Juni 2017, belum keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Pergerakan janin dirasakan sering dalam 24 jam terakhir.</p> <p>DO : TP : 03 – 07 - 2017</p> <p>KU : baik, kesadaran : komposmentis</p> <p>TTV : TD : 110/70 mmHg N : 88x/menit BB : 47 kg</p> <p>S : 37⁰c RR : 18x/menit</p> <p>INSPEKSI</p> <p>Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih; mukosa bibir lembab, leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembendungan vena jugularis; payudara bersih puting susu menonjol, tidak lecet, abdomen: membesar sesuai UK, linea nigra: ada, ekstremitas tidak ada edematan tidak ada varises.</p> <p>PALPASI</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari bawah px, bagian fundus teraba</p>

	<p>lunak, agak bundar, dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung),</p> <p>sedangkan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)</p> <p>Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala) sudah masuk pintu atas panggul.</p> <p>Leopold IV: Divergen, penurunankepala 4/5</p> <p>Mc Donald: 31cm TBBJ: 2.945gram</p> <p>HIS : 1 - 2x/10 menit lamanya 25 - 30 detik</p> <p>Auskultasi : DJJ (+) 136x/menit</p> <p>Perkusi : reflek patella kiri + / kanan +</p> <p>PEMERIKSAAN DALAM</p> <p>Vulva : tidak ada kelainan</p> <p>Vagina : tidak ada kelainan</p> <p>Portio : teraba lunak, tipis</p> <p>Pembukaan : 3 cm</p> <p>Kantong ketuban : negatif</p> <p>Bagian terendah : kepala</p> <p>Posisi : UUK belum jelas</p> <p>Molase : tidak ada</p> <p>Turun hodge : I –II</p>
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Resiko terjadinya :

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Infeksi intra uterin | 4. Atonia Uteri |
| 2. Partus lama | 5. Prolaps Tali Pusat |
| 3. IUFD | 6. Perdarahan Postpartum |

IV. TINDAKAN SEGERA

Tindakan segera pada Ny. F.T G₁P₀A₀UK 38 - 39 minggu inpartu kala I fase laten dengan KPD adalah melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian therapi dan tindakan. Hasil kolaborasi :

- Antibiotik Cefotaxim 3x1 gram / IV
- Ringer Laktat 500 cc Drip Oksitosin 5 UI dimulai dari 8 tetes/menit, naikan 4 tetes/menit tiap 15 menit, maksimal 40 tetes/menit dengan pemantauan DJJ dan HIS.

Meminta suami menandatangani informed consent.

Pasang infus Ringer Laktat 500 cc Drip Oksitosin 5 UI dimulai dari 8 tetes/menit.

V. PERENCANAAN

Tanggal : 23-07-2017

Jam : 13.55 WITA

Diagnosa : G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan KPD

1. Informasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan.

Rasionalnya informasi yang disampaikan merupakan hak klien dan agar ibu, keluarga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.

2. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan sopan.

Rasionalnya menjaga privasi klien merupakan asuhan sayang ibu.

3. Anjurkan ibu untuk tidur posisi miring kiri.

Rasionalnya tidur miring kiri dapat mengurangi tekanan pada cava inferior sehingga tidak mengganggu peredaran darah dan transfer O₂ menuju janin.

4. Ajarkan ibu teknik/cara mengedan yang baik dan benar

Rasionalnya dapat mempercepat proses persalinan.

5. Beri dukungan mental dan moril pada ibu.

Rasionalnya dukungan mental yang baik akan memberi semangat bagi ibu dan kemajuan persalinan.

6. Beritahu ibu untuk minum diantara his.

Rasionalnya sebagai sumber energi/tenaga dan pengatur metabolisme dalam tubuh.

7. Observasi sesuai dengan partograf dan pantau tetesan oksitosin drip. Catat hasil pemeriksaan dan tindakan dalam lembar observasi, bila sudah memasuki fase aktif catat dalam lembar partograf.

Rasionalnya untuk memantau keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan normal.

8. Persiapan alat dan bahan yang digunakan selama proses persalinan sesuai saff.

Rasionalnya mempermudah dan memperlancar persalinan jika alat dan bahan tersedia.

9. Pantau DJJ dan naikan tetesan Oksitosin Drip tiap 15 menit 4 tetes sebanyak maksimal 40 tetes/menit.
Rasionalnya oksitosin dapat merangsang uterus berkontraksi sehingga merangsang pembukaan serviks.
10. Pendokumentasian pada lembar observasi, status pasien, register dan pengisian partograf bila sudah memasuki fase aktif.
Rasionalnya sebagai bahan observasi untuk penanganan selanjutnya.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 23-07-2017

Jam : 14.00 WITA

Diagnosa : G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten dengan KPD

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, yaitu keadaan ibu baik, TTV : Tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88 kali permenit, frekuensi pernapasan 18 kali permenit, suhu 37°C, kehamilan sudah cukup bulan, janin letak kepala (normal), ketuban sudah pecah sebelum adanya tanda-tanda persalinan.

Monitoring / ibu dan keluarga sudah mengerti dan mengetahui tentang hasil pemeriksaan masih dalam batas normal dan kondisi kesehatannya.
2. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan sopan, yaitu menutup tirai untuk menjaga privasi ibu

Monitoring / lingkungan yang nyaman dan privasi ibu terjaga.
3. Menganjurkan ibu untuk tidur posisi miring kiri, kaki bagian bawah lurus dan dan kaki bagian atas dilipat untuk mencegah gangguan sirkulasi darah dan O₂ dari ibu ke janin.

Monitoring / Ibu mengerti dan ibu tidur dalam posisi miring kiri bergantian miring kanan.

4. Mengajarkan ibu teknik/cara mengedan yang baik dan benar, yaitu dengan dagu menempel pada dada, membuka mata saat mengedan, tangan dimasukan kedalam lipatan paha hingga siku, menarik napas melalui hidung dan menghembuskan lewat mulut serta tidak mengedan saat tidak ada kontraksi.

Monitoring / Ibu mengerti dan sudah mencoba meneran sesuai yang diajarkan.

5. Memberi dukungan mental dan moril pada ibuserta libatkan keluarga dalam proses persalinan sebagai asuhan sayang ibu untuk mengurangi rasa cemas ibu.

Monitoring / Ibu didampingi oleh suami dan keluarga selama proses persalinan.

6. Memberitahu ibu untuk minum diantara his, seperti minum teh hangat untuk mencegah terjadinya dehidrasi dan supaya ibu ada tenaga.

Monitoring / Ibu mengerti dan sudah minum teh hangat sebanyak 200 cc.

7. Mengobservasi sesuai dengan partograf yaitu HIS, DJJ, nadi tiap 30 menit, suhu dan volume urine tiap 2 jam, pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam dan pantau tetesan dan naikan tetesan oksitosin drip tiap 15 menit sebanyak 4 tetes maksimal 40 tetes/menit.

Monitoring / hasil pemeriksaan sudah dicatat dalam lembar observasi.

8. Mempersiapan alat dan bahan yang digunakan selama proses persalinan sesuai saffyaitu :

- Saff 1 : Partus set (sarung tangan 2 pasang, klem steril 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat 1 buah, $\frac{1}{2}$ koher 1 buah), kapas DTT, air DTT, betadine, hand sanitizer, obat – obatan (oxytocin, lidocain, salepmata, vitamin K, ergometrin/metergin), dispo 5cc, 3cc, 1cc, funduscope, pita ukur/pita cm, bengkok 2 buah, thermometer.
- Saff 2 : heacting set (pinset anatomis dan pinset chirurgis 1 buah, naldvouder 1 buah, benang catgut chromic, tampon, sarung tangan 1 pasang dan kasa secukupnya), wadah berisi air chlorine 0,5% untuk cuci sarung tangan bekas pakai, tempat plasenta yang dialasi plastik, tensi meter, stetoscope.
- Saff 3 : perlengkapan bayi, perlengkapan ibu, APD (alat pelindung diri), cairan infus, abocat, tranfusi set.

Monitoring / Alat, bahan dan obat – obatan pada troli telah lengkap sesuai Saff.

9. Memantau DJJ dan menaikkan tetesan Oksitosin Drip tiap 15 menit sebanyak 4 tetes maksimal 40 tetes/ menit.

Monitoring / Jam 16.00 WITA tetesan Oksitosin Drip 32 tetes/menit, dipertahankan HIS 4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik.

10. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada lembar observasi, status pasien, register dan pengisian partograf bila sudah memasuki fase aktif.

Monitoring / Semua tindakan sudah didokumentasikan di lembar observasi.

VII. EVALUASI

Tanggal : 23-06-2017

Jam : 17.00 WITA

Diagnosa : G₁P₀A₀ UK 38-39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala,
inpartu kala I fase laten dengan KPD

Subjektif : Ibu mengatakan sakit makin sering dan ingin BAB saat sakit.

Objektif :

Ibu nampak kesakitan

HIS 3 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik

DJJ 154x / menit

Periksa dalam :

Vulva : tidak ada kelainan

Vagina : tidak ada kelainan

Portio : teraba lunak, tipis

Pembukaan : 6 cm

Kantong ketuban : negatif

Bagian terendah : kepala

Posisi : UUK kiri depan

Molase : tidak ada

Turun hodge : II

Assasment :

Inpartu kala I fase aktif dengan KPD, adanya kemajuan persalinan.

Penatalaksanaan:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu sudah ada kemajuan persalinan pembukaan 6 cm, HIS sudah adekuat.
2. Mengobservasi kemajuan persalinan HIS, DJJ, nadi tiap 30 menit, volume urine, suhu tiap 2 jam dan tekanan darah, pembukaan servik, penurunan kepala tiap 4 jam / bila ada indikasi, mencatat hasil pemeriksaan pada partograf.
3. Memantau adanya tanda-tanda kala II
4. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu dalam proses persalinan.

Tanggal : 23 Juni 2017

Jam : 18.30 WITA

Subjektif : Ibu mengatakan sakitnya makin sering dan adanya keinginan untuk meneran saat ada rasa sakit.

Objektif :

Ibu nampak kesakitan

HIS 4 kali dalam 10 menit lamanya 40-45 detik

DJJ 155x / menit

Vulva dan anus membuka, perineum menonjol

Periksa dalam:

Vulva : tidak ada kelainan

Vagina : tidak ada kelainan

Portio : tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Kantong ketuban : negatif

Bagian terendah : kepala

Posisi : UUK di depan

Molase : tidak ada

Turun hodge : IV

Assasment :

Kala II dengan Ketuban Pecah Dini

Penatalaksanaan:

I. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

1. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
2. Mengenakan alat pelindung diri yaitu topi, kacamata, masker, celemek, dan sepatu boot.
3. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
4. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
5. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci tangan.

6. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180x/menit).DJJ 155x/menit.

II. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

7. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
8. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
9. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
10. Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman.

III. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

11. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
12. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
13. Membuka partus set dan memeriksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
14. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

IV. Menolong Kelahiran Bayi

15. Saat kepala membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan –

lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan – lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

16. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
17. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala bayi secara biparetal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
18. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
19. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas dari punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati– hati membantu kelahiran kaki.

V. Penanganan Bayi Baru Lahir

20. Menilai bayi dengan cepat, bayi lahir langsung menangis kuat, bergerak aktif, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
21. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya. Ganti handuk basah dengan kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
22. Melakukan palpasi abdomen memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).

23. Memberitahu ibu akan disuntik oksitosin, dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
24. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan penjepit tali pusat (umbilical cord) kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem pada tali pusat sekitar 2 cm distal dari penjepit tali pusat (umbilical cord).
25. Pemotongan dan penjepitan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara penjepit tali pusat (umbilical cord) dan klem.
 - b. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
26. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu
 - a. Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan

berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

Jam 18.45 WITA bayi lahir, langsung menangis kuat, bergerak aktif, tonus otot baik, jenis kelamin perempuan.

Tanggal : 23 Juni 2017

Jam : 18.48 WITA

Subjektif :

Ibu mengatakan perutnya mules, merasa keluar darah dari jalan lahir

Objektif:

TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, teraba keras dan bundar di bagian fundus uteri, plasenta belum lahir,

Assasment : Kala III

Penatalaksanaan :

27. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
28. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
29. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati – hati

untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri, lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a. Anjurkan ibu meneran bila plasenta sudah terlepas.
- b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

30. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

31. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

32. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

Jam 18.50 WITA plasenta lahir lengkap, cotyledon dan selaput corion, amnion lengkap.

Tanggal : 23 Juni 2017

Jam: 18.55 WITA

Subjektif :

Ibu mengatakan lega bayi dan plasenta sudah lahir dan merasakan nyeri di daerah genetalia.

Objektif:

TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi baik, ada robekan perineum derajat 2, tidak ada perdarahan aktif dari robekan, kandung kemih kosong.

Assasment :

Kala IV dan adanya robekan perineum derajat 2

Pelaksanaan :

Melakukan heacting perineum secara jelujur menggunakan catgut chromie, tanpa anastesi oleh koas dan saya bertindak sebagai asisten dalam tindakan hecting perineum.

Setelah selesai heacting rawat luka dengan betadine, tutup dengan kasa steril.

Mengajarkan ibu cara merawat luka.

33. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
34. Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
35. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik. Nadi 81 x/ menit.
36. Evaluasi dan etimasi jumlah kehilangan darah, perdarahan pervaginam sedikit.
37. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) : napas bayi 48x/menit, suhu 36,5°C.

38. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
39. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
40. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
41. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga member makanan dan minuman.
42. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
44. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue.
45. Informasikan pada ibu bahwa bayi di atas perut ibu untuk IMD selama 1 jam, setelah 1 jam ambil bayi untuk di suntik Vit K 1, beri salep mata, timbang berat badan, ukur panjang bayi, dan lakukan pemeriksaan fisik bayi. Setelah satu jam dari pemberian Vit K 1, bayi diberi imunisasi HB0
46. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu : S: 36.5°C, N: 81x/menit, TD: 110/70 mmHg, RR : 20 x/menit. TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan sedikit, kandung kemih kosong.

47. Memantau keadaan ibu tiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan tiap 30 menit dalam 1 jam kedua.
48. Mencatat semua hasil pemeriksaan dalam partograf.
49. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya kala IV antara lain pusing dan nyeri kepala yang hebat, mual muntah, nyeri epigastrium, nyeri perut yang berlebihan, uterus tidak ada kontraksi, perdarahan banyak dan tanda-tanda bahaya bayi antara lain bayi tidak bergerak aktif, bayi sulit bernapas, ada tarikan dinding dada, bayi menangis tiba-tiba dan suara melenting, kejang, warna kulit kuning, kebiru-biruan, tali pusat berdarah. Bila ibu dan bayi mengalami salah satu tanda bahaya segera beritahu bidan.

Jam 19.45 WITA bayi 1 jam

50. Beritahu ibu untuk dilakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
51. Pakai celemek, cuci tangan, gunakan sarung tangan kemudian ambil bayi untuk disuntik Vit K 1 (1 mg), pemberian salep mata, pengukuran antropometri: BB: 3000 gram, PB: 48cm, LK: 34cm, LD: 35cm, LP: 32cm.
52. Hasil pemeriksaan fisik normal.

➤ Tanggal : 23-06-2017

Jam : 18.45 wita

Bayi lahir spontan, lahir langsung menangis, tonus otot baik, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan.

➤ Tanggal : 23-06-2017

Jam : 18.50 wita

Plasenta lahir lengkap dan utuh

➤ Tanggal : 23-06-2017

Jam : 19.00 wita

Pemantauan TTV ibu dan bayi tiap 15 menit jam pertama dan 30 menit jam kedua.

➤ Tanggal : 23-06-2017 Jam : 19.45 wita

Melakukan pengukuran antropometri BB : 3.000 gram, PB : 48 cm, LK : 34 cm, LD : 35 cm, LP : 32 cm, pemberian salep mata dan vit. K (1 mg) secara IM pada paha kiri.

➤ Tanggal : 23-06-2017 Jam : 20.45 wita

Pemberian HBO secara IM pada paha kanan.

EVALUASI/ CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

No.	Hari/Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Paraf
1.	Jumat, 23-06-2017 Pukul 21.30 WITA	<p>S: Ibu mengatakan merasa mules pada perut sudah berkurang</p> <p>O: Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>TD : 110/70mmHg N: 82x/menit RR: 20x/menit S : 36, 5° c</p> <p>TFU : 2 jari bawah pusat Pendarahan ± 50cc</p> <p>Kandung kemih : kosong</p> <p>Kontraksi : Baik</p> <p>Terpasang infus RL Drip Oksitosin 5 IU di tangan kiri dengan jumlah tetesan 32 tetes/menit.</p> <p>A: Ny. F.T P₁A₀AH₁ Postpartum normal 3 jam keadaan ibu baik.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan observasi keadaan umum ibu, vital sign, kontraksi, perdarahan serta kandung kemih setiap 6 jam. 2. Mencatat hasil observasi di status pasien. 3. Menjelaskan tanda bahaya nifas kepada ibu dan keluarga seperti kontraksi uterus lunak atau tidak keras disertai keluarnya darah yang banyak dari jalan lahir, pusing, penglihatan kabur harus sesegara mungkin keluarga melaporkan kepada bidan yang bertugas untuk ditangani sesegara mungkin. 4. Memberikan ibu makan dan minum. 5. Mengajurkan ibu untuk istirahat yang cukup 6. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga personal hygiene seperti mengganti pembalut 	

	<p>Pukul 21.45 WITA</p> <p>Pukul 22.00 WITA</p>	<p>yang telah penuh.</p> <p>7. Mengganti cairan infuse RL drip oksitosin pertama yang telah habis dengan flash kedua cairan RL Drip Oksitosin 20 IU dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.</p> <p>Memindahkan ibu ke ruangan flamboyan (Ruangan nifas)</p>	
2.	<p>Sabtu, 24-06-2017</p> <p>Pukul 06.00 WITA</p>	<p>S: Ibu mengatakan merasa mules pada perut sudah berkurang</p> <p>O: Keadaan umum : Baik</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>TD : 110/70mmHg N: 82x/menit RR: 20x/menit S : 36,5° C</p> <p>TFU : 2 jari bawah pusat Perdarahan ± 30cc</p> <p>Kandung kemih : kosong</p> <p>Kontraksi : Baik</p> <p>Terpasang infus RL Drip Oksitosin 20 IU di tangan kiri dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit.</p> <p>A: Ny. F.T P₁A₀AH₁Postpartum normal 7 jam keadaan ibu baik.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan observasi keadaan umum ibu, vital sign, kontraksi, perdarahan serta kandung kemih. 2. Memberikan ibu makan dan minum. 3. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup 4. Mengajarkan ibu untuk selalu menjaga 	

		<p>personal hygiene seperti mengganti pembalut yang telah penuh.</p> <p>5. Mengganti cairan infuse RL Drip Oksitosin 20 IU yang telah habis dengan cairan RL jumlah tetesan 20 tetes/menit.</p> <p>6. Pemberian Cefotaxim 1 gram yang kedua secara intravena.</p> <p>7. Visite dokter, advis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infus habis → AFF - Ibu boleh pulang <p>8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital :</p> <p style="text-align: center;">TD : 110/70mmHg N: 80x/menit RR: 19x/menit S : 36, 5° c</p> <p>9. Memberikan ibu makan dan minum.</p> <p>10. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup</p> <p>11. Mengajarkan ibu untuk selalu menjaga personal hygiene seperti mengganti pembalut yang telah penuh.</p> <p>12. Infus RL habis AFF</p> <p>13. Membantu ibu untuk persiapan pulang</p> <p>14. Mengajarkan ibu untuk kunjungan ulang 3 hari lagi di poli kebidanan RSUD W.Z Johannes Kupang atau di puskesmas terdekat.</p> <p>Ibu dan keluarga pulang kerumah.</p>	
	Pukul 06. 20 WITA		
	Pukul 06. 25 WITA		
	Pukul 10.00 WITA		
	Pukul 11.00 WITA		
	Pukul 12.00 WITA		
	Pukul 16.00 WITA		

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN DI PUSTU

No.	Hari/Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Paraf
1.	Kamis, 29-06-2017 Pukul 08.30 WITA, Tempat : Pustu Oeleta	S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun dengan dirinya. O : KU : Baik Kesadaran composmentis Hasil pemeriksaan dalam batas normal, sudah dilakukan di Pustu oleh bidan disana. A: Ny. F.TP ₁ A ₀ AH ₁ postpartum hari ke 6 keadaan ibu baik. P: 1) Anjurkan ibu untuk memberiksan ASI terus kepada bayinya sampai 6 bulan. Ibu mengatakan bersedia untuk menyusui bayinya sampai 6 bulan. 2) Anjurkan ibu untuk menggunakan KB setelah 40 hari postpartum untuk mengatur, menjarangkan dan menunda kehamilan. Ibu mengatakan akan berdiskusi dengan suaminya untuk mengikuti KB setelah 40 hari.	

KUNJUNGAN RUMAH

No.	Hari/Tanggal/Jam	Pelaksanaan	Paraf
1.	<p>Selasa, 04-06-2017</p> <p>Pukul 08.00 WITA</p>	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun dengan dirinya.</p> <p>O : KU : Baik</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 110/70mmHg Suhu : 36,6° C Nadi : 80x/mnt</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>TFU : Tidak teraba</p> <p>Kandung kemih : kosong</p> <p>Pengeluaran pervaginam : Lochea serosa</p> <p>A: Ny. F.TP₁A₀AH₁ postpartum hari ke 11 keadaan ibu baik.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan ibu baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum teratur yang dapat meningkatkan kesehatan ibu dan menambah produksi ASI. 3. Menganjurkan ibu memberikan ASI terus kepada bayinya sampai 6 bulan. 4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup setiap hari minimal 8-9 jam/ hari 5. Menganjurkan ibu untuk melakukan personal hygiene 6. Menganjurkan kepada ibu untuk mengikuti KB setelah 40 hari postpartum untuk mengatur, menjarangkan dan menunda 	

		<p>kehamilan.</p> <p>7. Menjelaskan tanda bahaya ibu seperti perdarahan pervaginam yang berbau menyengat, rasa sakit di bagian bawah abdomen, sakit kepala, nyeri epigastrium, pembengkakan di wajah atau ekstremitas, demam, muntah, rasa skit waktu BAK, payudara berubah menjadi merah/panas, kehilangan nafsu makan jangka waktu lama, merasa sangat letih atau napas terengah-engah dan tanda bahaya bayi seperti suhu tubuh meningkat, kulit merah, bengkak, pernafasan suit, tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, mengigil, rewel dan menangis terus menerus. Bila mengalami salah satu tanda bahaya di atas segera ke fasilitas kesehatan. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makan dan minum teratur - Memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan - Istirahat cukup setiap hari minimal 8-9 jam/hari - Melakukan personal hygiene - Ibu mau mengikuti KB suntik setelah 40 hari - Segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda bahaya yang sudah dijelaskan 	
--	--	---	--

PARTOGRAF

-No. Register

--	--	--	--	--	--	--

Nama Ibu

F.T.

Umur _____

22 tahun

G L P O A O

No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--	--

Tanggal

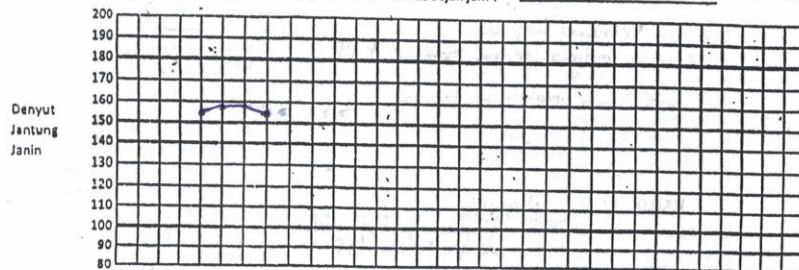
23 June 2017

Jam

13-45 WITA

Ketuban Pecah sejak jam 21.00 WITA (22-06-2019)

Mules Sejak Jam : 02.00 WITA (22-06-2017)



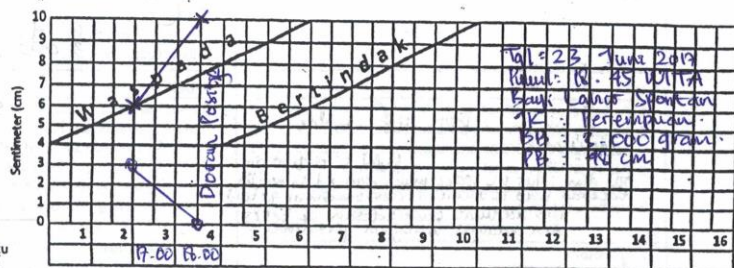
Air Ketuban
Penyusupan

[illegible]

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x

Turunnya Kepala |

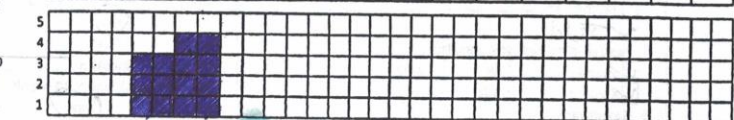
Sentimeter (cm)

Waktu
(jam)

Kontraksi
tiap
10 menit

	< 20
	20-40
	> 40

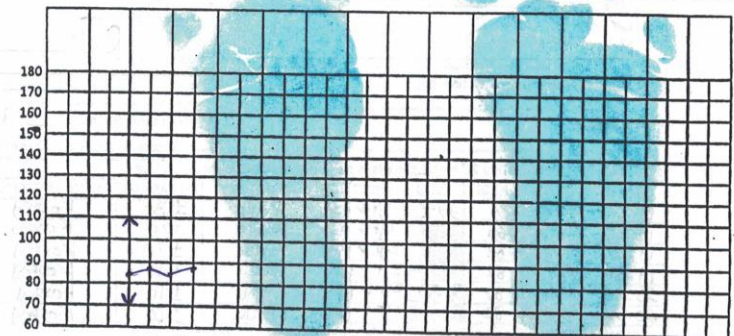
detik



Oksitosin U/L
Tetes / menit

[illegible]

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

[illegible]

Urine — Protein
Aseton
Volume

[illegible]

Hydrasi

[illegible]

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal: 23 Juni 2017

2 Usia kehamilan: 38 minggu
Prematur (Aterm) Posmatur

3 Letak: Belang Kepala

4 Persalinan: Induksi dengan induksi KPD
Normal Tindakan Seksio

5 Nama bidan: R. L. L. mahasiswa tahun 1

6 Tempat persalinan:
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta Lainnya: _____

7 Alamat tempat persalinan: RSUD W. 2. Johannes

8 Catatan: rujuk, kali I/II/III/IV Kugulan dari Puteh Alah dengan induksi KPD

9 Alasan merujuk: IBU/BAYI

10 Tempat rujukan: RSUD P. R. W. 2. Johannes

11 Pendamping pada saat merujuk: ☒ Bidan
☐ suami ☐ keluarga ☐ dukun ☐ kader ☐ lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin: LK PR *Sumat*

2 Saat Lahir: Jam 18.45 Hari Tanggal 23 Juni 2017

3 Bayi: Lahir hidup: Lahir mati:

4 Penilaian: (Fandil V ya x tidak)
☒ Bayi napas spontan teratur
☒ Gerakan aktif/tonus kuat
☒ Air ketuban jernih

5 Asuhan bayi:
☒ Keringkan dan hangatkan
☒ Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka
☒ Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam
☒ Vit K 1-1 mg di paha kiri atas
☒ Salp mata/tetes mata

6 Apakah Bayi di Resusitasi?
YA ☒ TIDAK

Jika YA tindakan:
Langkah awal _____ menit
ventilasi selama _____ menit
Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal

7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
YA ☒ TIDAK

8 Kapan bayi mandi: 6-24 jam setelah lahir

9 Berat Badan Bayi: 3.000 Gram

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada: Ya / Tidak

2 Masalah lain: sebidan; KPD, Ht, tidak adekuat

3 Penatalaksanaan masalah tersebut: Induksi dengan oksitosin 10 IU dalam RL 500 cc mulai dari 8 jam persalinan

4 Hasilnya: Ht adekuat, sebidan selesai, dan adekuat kemudian persalinan

KALA II

1 Episiotomi:
☒ Ya, Indikasi *Tidak*

2 Pendamping pada saat persalinan:
☒ suami ☐ dukun ☐ lain2
☒ keluarga ☐ kader

3 Gawat Janin:
☐ Ya, tindakan: _____
☒ Tidak

4 Distosia bahu:
☐ Ya, tindakan: _____
☒ Tidak

5 Masalah lain sebidan

6 Penatalaksanaan masalah tersebut

7 Hasilnya

KALA III

1 Lama kala III: 5 menit

2 manajemen Aktif kala III:
☒ Oksitosin 10 IU IM dalam waktu 1 menit
☒ Pergerakan Tali Pusat Terkendali
☒ Masase Fundus Uteri

3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua?
☐ Ya, Alasan _____
☒ Tidak

4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
☒ Ya
☐ Tidak

Jika TIDAK, tindakan _____

5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
YA ☒ Tidak

6 Lacerasi:
YA ☒ Tidak *mulut vagina, komisi postpartum, kulit perineum*

Jika YA, dimana: derajat 1(2)3 4

Tindakan _____

7 Atonia Uteri
YA ☒ Tidak

Jika YA tindakan _____

8 Jumlah perdarahan: ± 100 ml

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH		
19.05	120/80	84	37.0°C	1jt + pst	Baik	± 30	Kosong		
19.20	120/80	84		1jt + pst	Baik	± 20	Kosong		
19.35	120/80	84		2jt + pst	Baik	± 20	Kosong		
19.50	110/70	82		2jt + pst	Baik	± 10	Kosong		
20.20	110/70	82	36.5°C	2jt + pst	Baik	± 10	Kosong		
20.50	110/70	82		2jt + pst	Baik	± 10	Kosong		
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua									
WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA BAW	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
19.05	60	36.5°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	1x	-
19.20	60	36.5°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	-	-
19.35	60	36.5°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	-	-
19.50	60	36.6°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	-	-
20.20	60	36.6°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	-	-
20.50	60	36.6°C	Kemerahan	Aktif	Kuat	Uk besar	Tidak	-	-

Tanda Bahaya: ☐ Ibu *Tanda ada* ☐ Bayi *Tanda ada*
Tindakan (Jelaskan dicatat kasus)

Lampiran 7








SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING I : FLORENTIANUS TAT, S.Kp. M.Kes

NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu / 12 Juli 2017	Konsul judul, BAB I	ACC judul, revisi BAB I	
2.	Selasa/ 18 Juli 2017	BAB I, II	ACC BAB I, revisi BAB II	
3.	Sabtu / 22 Juli 2017	BAB II	Revisi BAB II	
4.	Rabu/ 26 Juli 2017	BAB II, III	ACC BAB II, III Langut BAB IV	
5.	Jumat / 04 Agustus 2017	BAB IV, V	Revisi BAB IV dan BAB V	




SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING I : FLORENTIANUS TAT, S.Kp. M.Kes

NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
6.	Selasa 05 September 2017.	BAB IV - V	ACC Siap Ujian.	
7.				
8.				
9.				
10.				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email :stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING II : GAUDENTIANA R. MAUK, SST

NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa / 4-7-2017.	Askeb 1, 2.	Perbaiki li.	
2.	Senin / 17-7-2017	Askeb 1, 2 (skr. 2, 2, 6). Askeb → L 1-2-3.	Perbaiki li → Askeb → L 1-2-3.	
3.	Selasa / 18-7-2017.	Askeb	Perbaiki li → Hasil konsul ke 2 → 17-7-2017 → k-dak diambil li.	
4.	Rabu / 9-8-2017.	Askeb skr. L. VII.	Perbaiki li → Data k-dak persi → berbeda ? →	
5.	Kamis / 10-8-2017.	Askeb skr. L. VII	→ Perbaiki li.. skr. k-dak k-dak skr. k-dak k-dak k-dak diambil li.	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING II : GAUDENTIANA R. MAUK, SST

NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
6.	Senin / 14. 8. 2017.	Askeb 89. L. VII - partograf	Pribaili.	
7.	Selasa / 15. 8. 2017.	Askeb 89 - L. VII - partograf.	Pribaili → askeb → yg hrs. diperbaiki, pada waktu askeb → tidak diperbaiki	
8.	Sabtu / 19-08-2017.	Askeb s/d kunjungan rumah	Pribaili	
9.	Senin / 28. 8. 2017.	Askeb - Askeb IV, V.	Pribaili.	
10	Rabu / 30.8-2017.	Askeb - Askeb IV - V.	Pribaili → mutul. Askeb IV - wal.	
11				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING II : GAUDENTIANA R. MAUK, SST




NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
11.	Kamis / 31. 8. 2017	Askep - mab 4 - mab 5.	Ree.	
12.				
13.				
14.				
15.				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR REVISI STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : Tanisiae Intan Dewi Purnama Adiriza
NIM : 142111035
Penguji : Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Topik yang di konsul	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	Senin 2/10 2017	Revisi	Abstrak Akut Pengkajian	
2.	3/10 2017	Revisi	Perbaikan	
3.	6/10 2017	Revisi		



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
PROGRAM STUDI KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 OebufuKupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR REVISI STUDI KASUS

NAMA : TANISIAE INTAN DEWI PURNAMA ADIRIZA
NIM : 142.111.035
PEMBIMBING I : FLORENTIANUS TAT, S.Kp. M.Kes

NO.	HARI/ TANGGAL	TOPIK YANG DIKONSULTASIKAN	CATATAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 19 September 2017.	Abstrak, judul, BAB IV	Perbaiki Abstrak, BAB IV	
2.	Kamis, 21 September 2017.	Abstrak, BAB IV	Perbaiki BAB IV	
3.	Jumat, 22 September 2017.	BAB IV	ACC	
4.				
5.				